

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**

LUDMILA ENDRINGER

**O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NA MICRORREGIÃO SUDOESTE
SERRANA E NO MUNICÍPIO DE DOMINGOS MARTINS-ES**

**VITÓRIA
2017**

LUDMILA ENDRINGER

**O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NA MICRORREGIÃO SUDOESTE
SERRANA E NO MUNICÍPIO DE DOMINGOS MARTINS-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Geografia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Aurélia Hermínia Castiglioni.

VITÓRIA
2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)
Bibliotecária: Perla Rodrigues Lôbo – CRB-6 ES-000527/O

E56e Endringer, Ludmila, 1988-
 O envelhecimento da população na microrregião Sudoeste
 serrana e no município de Domingos Martins-ES / Ludmila
 Endringer. – 2017.
 200 f. : il.

 Orientador: Aurélia Hermínia Castiglioni.
 Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal
 do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

 1. Envelhecimento da população - Domingos Martins (ES). 2.
 Políticas públicas. I. Castiglioni, Aurélia Hermínia. II. Universidade
 Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e
 Naturais. III. Título.

CDU: 91

“O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NA MICRORREGIÃO SUDOESTE SERRANA E NO MUNICÍPIO DE DOMINGOS MARTINS- ES.”


LUDMILA ENDRINGER

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Geografia.

Aprovada em 05 de Setembro de 2017.



PROF^a. DR^a. **AURÉLIA HERMÍNIA CASTIGLIONI** – ORIENTADORA - UFES



PROF. DR. **EDNELSON MARIANO DOTA** – UFES



PROF. DR. **PAULETE MARIA AMBROSIO MACIEL** – PPGENF /UFES

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente, pois sem ele nada tem sentido, nada se realizaria, tampouco teria chegado até aqui com saúde e sabedoria.

À minha família principalmente, meu pai, Martins, minha mãe, Maria de Lourdes, e meu irmão, Romeu, que, mesmo longe, nunca mediram esforços para a realização de todos os meus sonhos, incentivando-me a buscar sempre mais e acreditar que tudo é possível.

À minha professora e orientadora, Aurélia Hermínia Castiglioni, que sempre me auxiliou e me orientou durante a disciplina Dinâmicas Demográficas e na elaboração da dissertação, com todo seu conhecimento, paciência e carinho, que foram fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa.

A todos os meus professores, os de ensino fundamental e médio da EEEFM “Ponto do Alto” e os da Universidade Federal do Espírito Santo, que sempre transmitiram todo o seu conhecimento e acreditaram que a educação é capaz de transformar o mundo.

Aos colegas da Geografia UFES da graduação e do mestrado, que dividiram momentos importantes durante toda esta caminhada acadêmica, em especial ao Daniel e Wesley, que me ajudaram durante o processo de seleção, as disciplinas e o desenvolvimento da dissertação.

Aos colegas da EEEFM “Dom João Batista da Motta e Albuquerque”, pelo apoio sempre prestado, os quais me ajudaram principalmente durante o período das disciplinas e compreenderam as minhas necessidades.

Às minhas amigas Andressa Roxana, Andressa Peterle, Daniela, Iana, Gabriela, Mariane, que sempre me apoiaram e me ajudaram a enfrentar os momentos difíceis longe da minha família e todos os momentos bons que vivemos juntas, principalmente as “irmãs” que fiz na República durante todos esses anos, morando longe de casa: Talita, Natália, Alini, Cintia.

Aos responsáveis pelo atendimento aos idosos de cada município que me receberam para as entrevistas e me concederam informações importantes sobre seu trabalho, especialmente a todos os idosos que responderam aos questionários, contribuindo para a realização deste trabalho.

Às secretárias do PPGG Izadora e Luciana, que sempre me atenderam com o maior carinho durante esses anos, e a todos do PPGG.

De modo especial à FAPES, pelo auxílio financeiro durante esses dois anos.

A todos o meu muito-obrigado!

Retrato

Eu não tinha este rosto de hoje,
assim calmo, assim triste, assim magro,
nem estes olhos tão vazios,
nem o lábio amargo.

Eu não tinha estas mãos sem força,
tão paradas e frias e mortas;
eu não tinha este coração
que nem se mostra.

Eu não dei por esta mudança,
tão simples, tão certa, tão fácil:
– Em que espelho ficou perdida a minha face?

Cecília Meireles.

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma tendência crescente, iniciou-se nos países desenvolvidos e posteriormente vem ocorrendo nos países em desenvolvimento, devido principalmente às melhorias nos padrões econômicos das sociedades e nos sistemas de saúde e higiene. Este trabalho objetiva estudar as causas, indicadores, consequências e perspectivas do envelhecimento populacional da Microrregião Sudoeste Serrana do estado do Espírito Santo, especialmente o município de Domingos Martins, desde 1970 até 2010. A escolha da Microrregião Sudoeste Serrana, que compreende os municípios de Afonso Cláudio, Brejetuba, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Venda Nova do Imigrante, baseou-se nos indicadores e em estudos que destacavam a região por apresentar índice de envelhecimento elevado no Espírito Santo. O município de Domingos Martins, que teve maior enfoque no estudo, apresenta peculiaridades como a colonização de origem europeia, relevo acidentado e clima ameno, o que contribui para o turismo local, favorecendo a economia da região, e torna-se relevante a necessidade de estudos nessa área, para auxiliar em planejamentos futuros. Os procedimentos metodológicos utilizados foram inicialmente uma revisão bibliográfica sobre a temática demográfica e do envelhecimento populacional e a análise e interpretação de dados demográficos da Microrregião Sudoeste Serrana e do município de Domingos Martins. A seguir, houve um trabalho de campo nos municípios entrevistando os responsáveis pelo atendimento aos idosos em cada local, para levantar informações sobre os programas e projetos existentes e as políticas públicas voltadas para essa parcela da população. Em Domingos Martins, procedeu-se a um estudo de caso com idosos da sede e do distrito de Ponto Alto, abordando temáticas socioeconômicas e demográficas. Os resultados do estudo mostraram que todos os municípios pesquisados desenvolvem atividades voltadas para os idosos e alguns locais se encontram em estágios mais avançados nos programas e políticas públicas. As entrevistas com idosos indicaram pontos positivos das políticas públicas e demandas de melhorias. Acredita-se que ainda há muito a realizar em prol dos cidadãos de idade mais avançada nessa região.

Palavras-chave: Envelhecimento. Políticas públicas. Domingos Martins.

ABSTRACT

The population ageing is a growing trend with its beginning in developed countries followed later on by the developing countries mainly due to development in economical patterns in society, hygiene and health systems. This paper aims to study the following characteristics: causes, indicators, consequences and perspectives of population ageing in Espírito Santo State's southeast mountain micro-region, especially in Domingos Martins municipality, from 1970 to 2010. This micro region which is composed by Afonso Cláudio, Brejetuba, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Venda Nova do Imigrante municipalities was chosen based in indicators and studies that revealed this region as displaying high levels of population ageing in comparison to others in Espírito Santo. More study emphasis was put in Domingos Martins, displaying peculiarities such as European colonization, rugged landscape and mild climate, what contributes to local tourism and the region economy as well and highlighting the urgent necessity of studies in this area in order to support future growing plans. The methodological procedures used were bibliography review on the demographic field and population ageing, as well as Espírito Santo State's southeast mountain micro-region and Domingos Martins' demographic data analysis and interpretation. A field research was conducted in the municipalities; public employees responsible for the elderly support were interviewed about existing programs and projects in this area and public policies offered to this population group. A case study took place in Domingos Martins with elders from the town's center and in Ponto Alto district, with socioeconomic-demographic based thematic. The study's results found that all the municipalities involved had elderly focused activities, being some places in more advanced stages of public policies. The interviews with the elderly indicated positive points in public policies and demand for better infrastructures, although a lot can be done in order to benefit the elderly in this region.

Keywords: Ageing. Public policies. Domingos Martins.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Microrregião Sudoeste Serrana..... | 50 |
| Figura 2 – Praça Saudável de Afonso Cláudio..... | 64 |
| Figura 3 – Projeto “Vovô na Praça” – Praça Aderbal Galvão | 65 |
| Figura 4 – Artesanato realizado no CRAS de Afonso Cláudio | 66 |
| Figura 5 – Dinâmica com os idosos na Sociedade Civil de Amparo à Velhice “Ninho de Amor” – Afonso Cláudio | 67 |
| Figura 6 – Projeto “Resgatando Memórias” na Sociedade Civil de Amparo à Velhice “Ninho de Amor” – Afonso Cláudio..... | 67 |
| Figura 7 – Grupo da Terceira Idade de Conceição do Castelo | 71 |
| Figura 8 – Praça Saudável em Conceição do Castelo | 71 |
| Figura 9 – Academia popular de Laranja da Terra | 73 |
| Figura 10 – Academia popular na Praça Saudável – Marechal Floriano..... | 75 |
| Figura 11 – Oficina de artesanato – Marechal Floriano..... | 77 |
| Figura 12 – Quadros produzidos pelos Idosos do Lar “Sou Feliz” – Marechal Floriano | 77 |
| Figura 13 – Festa do Dia da Família no Lar de Idosos “Sou Feliz” – Marechal Floriano | 78 |
| Figura 14 – Visita da Comunidade Luterana no Lar de Idosos “Sou Feliz” – Marechal Floriano | 78 |
| Figura 15 – Hidroginástica – Venda Nova do Imigrante | 80 |
| Figura 16 – Academia popular – Venda Nova do Imigrante | 80 |
| Figura 17 – Projeto “Bom dia idoso na ginástica” – Venda Nova do Imigrante | 81 |
| Figura 18 – Projeto “Bom dia idoso na ginástica” – Venda Nova do Imigrante | 81 |
| Figura 19 – Projeto “Pintando minha História” (pintura em tela e tecido) – Venda Nova do Imigrante | 82 |
| Figura 20 – Projeto “VemSer Voleibol” – Venda Nova do Imigrante | 82 |
| Figura 21 – Projeto “Mãos Habilidosas” (atividades manuais) – Venda Nova do Imigrante | 83 |
| Figura 22 – Projeto “En*Canter” (coral) – Venda Nova do Imigrante | 83 |
| Figura 23 – Grupo de dança “Sempre Avanti” – Dança italiana (Centro Cultural) - Venda Nova do Imigrante..... | 84 |
| Figura 24 – Projeto “Alfabetização é um Direito” – Venda Nova do Imigrante | 84 |

| | |
|---|-----|
| Figura 25 – Abertura dos Jogos da Terceira Idade em Venda Nova do Imigrante.... | 86 |
| Figura 26 – Município de Domingos Martins e a atual divisão distrital | 92 |
| Figura 27 – Parque Estadual da Pedra Azul (2017) – Domingos Martins-ES | 94 |
| Figura 28 – Grupo de Tradições Alemãs – Domingos Martins-ES | 95 |
| Figura 29 – Igreja Matriz em Santa Isabel – Domingos Martins | 97 |
| Figura 30 – Igreja Luterana – Domingos Martins (1983) | 98 |
| Figura 31 – Vista panorâmica da cidade de Domingos Martins-ES (1902) | 99 |
| Figura 32 – Vista panorâmica da cidade de Domingos Martins-ES (2016) | 99 |
| Figura 33 – Vista panorâmica do distrito de Ponto Alto (2016) | 102 |
| Figura 34 – Encontro realizado no Clube de Campinho – Domingos Martins – Sede | 113 |
| Figura 35 – Encontro realizado no Clube de Campinho – Domingos Martins – Sede | 113 |
| Figura 36 – Praça Saudável – Domingos Martins – Sede | 114 |
| Figura 37 – Jogos Abertos para os Idosos – Domingos Martins | 115 |
| Figura 38 – Jogos Abertos para os Idosos – Domingos Martins | 115 |
| Figura 39 – Jogos Abertos para os Idosos – Domingos Martins | 116 |
| Figura 40 – Jogos Abertos para os Idosos – Domingos Martins | 116 |
| Figura 41 – Desfile da “Sommerfest” – Domingos Martins – Sede..... | 117 |
| Figura 42 – Encontro da Terceira Idade em Ponto Alto..... | 120 |
| Figura 43 – Artesanato produzido no CRAS de Ponto Alto | 120 |
| Figura 44 – Viagem ao Sítio de Lazer pelo grupo de Ponto Alto | 121 |
| Figura 45 – Atividades físicas realizadas no CRAS de Ponto Alto | 121 |
| Figura 46 – Centro de Convivência "Fonte de Luz" – Afonso Cláudio..... | 155 |
| Figura 47 – CRAS de Afonso Cláudio | 155 |
| Figura 48 – Sociedade Civil de Amparo à Velhice “Ninho de Amor” – Afonso Cláudio | 156 |
| Figura 49 – Unidade de Saúde da Família “Francisco Xavier de Azeredo Filho” – Afonso Cláudio | 156 |
| Figura 50 – Hospital da Conferência São Vicente de Paulo – Afonso Cláudio..... | 157 |
| Figura 51 – Pátio da Secretaria de Ação Social de Brejetuba | 157 |
| Figura 52 – CRAS de Brejetuba | 158 |
| Figura 53 – Pronto Atendimento de Brejetuba | 158 |
| Figura 54 – CRAS de Conceição do Castelo | 159 |

| | |
|---|-----|
| Figura 55 – Hospital Municipal Nossa Senhora da Penha em Conceição do Castelo | 159 |
| Figura 56 – CRAS de Laranja da Terra..... | 160 |
| Figura 57 – Unidade Básica de Saúde da Sede de Laranja da Terra | 160 |
| Figura 58 – Unidade Mista de Saúde de Laranja da Terra..... | 161 |
| Figura 59 – CRAS de Marechal Floriano..... | 161 |
| Figura 60 – Unidade Básica de Saúde “Doutor Cezar Vello Puppin” – Marechal Floriano | 162 |
| Figura 61 – Organização de Amparo a Idosos “Sou Feliz” – Marechal Floriano | 162 |
| Figura 62 – Organização de Amparo a Idosos “Sou Feliz” – Marechal Floriano | 163 |
| Figura 63 – Unidade de Saúde da Família – Venda Nova do Imigrante | 163 |
| Figura 64 – Hospital Padre Máximo – Venda Nova do Imigrante..... | 164 |
| Figura 65 – Clube de Campinho – Domingos Martins – Sede..... | 164 |
| Figura 66 – CRAS de Domingos Martins – Sede | 165 |
| Figura 67 – Setor de Saúde – Domingos Martins – Sede | 165 |
| Figura 68 – Setor de Saúde – Domingos Martins – Sede | 166 |
| Figura 69 – Unidade de Saúde – Domingos Martins – Sede..... | 166 |
| Figura 70 – Hospital em Domingos Martins – Sede | 167 |
| Figura 71 – CRAS de Ponto Alto..... | 167 |
| Figura 72 – Unidade Básica de Saúde da Família de Ponto Alto..... | 168 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Gráfico 1 – Evolução da população do Espírito Santo (1872-2010)..... | 51 |
| Gráfico 2 – Distribuição do grupo dos idosos de 60 anos ou mais e 65 anos ou mais em Domingos Martins (1970-2010) | 102 |
| Gráfico 3 – Razão de dependência total: Domingos Martins (1970-2010) | 104 |
| Gráfico 4 – Razão de dependência demográfica em Domingos Martins (1970-2010) | 105 |
| Gráfico 5 – Índice de envelhecimento em Domingos Martins (1970-2010) | 106 |
| Gráfico 6 – Razão de sexo (total) em Domingos Martins (1970-2010)..... | 107 |
| Gráfico 7 – Idade mediana em Domingos Martins (1970-2010) | 108 |
| Gráfico 8 – Pirâmide Etária Relativa de Domingos Martins (1970) | 109 |
| Gráfico 9 – Pirâmide Etária Relativa de Domingos Martins (1980) | 109 |
| Gráfico 10 – Pirâmide Etária Relativa de Domingos Martins (1991) | 110 |
| Gráfico 11 – Pirâmide Etária Relativa de Domingos Martins (2000) | 110 |
| Gráfico 12 – Pirâmide Etária Relativa de Domingos Martins (2010) | 111 |
| Gráfico 13 – Idade dos idosos frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede Domingos Martins e Ponto Alto (2017) | 124 |
| Gráfico 14 – Distribuição por sexo dos idosos frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede Domingos Martins e Ponto Alto (2017)..... | 125 |
| Gráfico 15 – Atividades realizadas antes da aposentadoria pelos idosos frequentadores do Grupo da Terceira Idade de Domingos Martins – Sede e Ponto Alto (2017)..... | 127 |
| Gráfico 16 – Avaliação das políticas públicas do município de Domingos Martins pelos frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede e de Ponto Alto (2017) | 131 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 – Microrregiões e ES: população residente (habitantes), censos de 1970 a 2010 e área (km²) em 2010 | 52 |
| Tabela 2 – População residente – Espírito Santo, microrregiões e municípios (1970-2010) | 53 |
| Tabela 3 – Urbanização – Evolução da proporção de pessoas residentes em área urbana com relação ao total da população – Microrregiões, ES e BR (1970-2010) | 53 |
| Tabela 4 – Distribuição do grupo dos idosos (65 +) nas microrregiões, ES E Brasil (1970-2010) | 55 |
| Tabela 5 – Razão de dependência total: ES, regiões e Brasil (1970-2010) | 56 |
| Tabela 6 – Razão de dependência demográfica – Região Sudoeste Serrana (1970-2010) | 57 |
| Tabela 7 – Índice de envelhecimento – ES, regiões e Brasil (1970-2010) | 58 |
| Tabela 8 – Razão de sexo (total) – ES, microrregiões e Brasil (1970-2010) | 59 |
| Tabela 9 – Idade mediana ES, regiões e Brasil (1970-2010) | 60 |
| Tabela 10 – Informações municipais sobre os idosos | 89 |
| Tabela 11 – Tipos de doenças relatadas pelos idosos frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede Domingos Martins e de Ponto Alto (2017) | 128 |
| Tabela 12 – Atividades de que os idosos frequentadores do grupo da Terceira Idade de da sede Domingos Martins e de Ponto Alto mais gostam de participar (2017) | 130 |
| Tabela 13 – Dificuldades enfrentadas pelos idosos frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede Domingos Martins e de Ponto Alto (2017) | 132 |
| Tabela 14 – O que poderia melhorar na saúde pública em Domingos Martins, segundo os idosos frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede e Ponto Alto (2017) | 132 |
| Tabela 15 – Pontos positivos dos programas voltados para os idosos em Domingos Martins, segundo os frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede e de Ponto Alto (2017) | 133 |
| Tabela 16 – Sugestões de melhorias a serem implantadas em Domingos Martins, apresentadas pelos frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede e de Ponto Alto (2017) | 135 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 17 – Distribuição do grupo dos idosos de 60 anos ou mais e 65 anos ou mais em Domingos Martins (1970-2010) | 154 |
| Tabela 18 – Razão de dependência total: Domingos Martins (1970-2010)..... | 154 |
| Tabela 19 – Razão de dependência demográfica em Domingos Martins (1970-2010) | 154 |
| Tabela 20 – Índice de envelhecimento em Domingos Martins (1970-2010)..... | 154 |
| Tabela 21 – Razão de sexo (total) em Domingos Martins (1970-2010) | 154 |
| Tabela 22 – Idade mediana em Domingos Martins (1970-2010)..... | 154 |

LISTA DE SIGLAS

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CCI – Centro de Convivência dos Idosos
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
DOE – Diário Oficial do Estado
FAPES – Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo
GEO – Geografia
ES – Espírito Santo
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano por Município
IE – Índice de Envelhecimento
IJSN – Instituto Jones dos Santos Neves
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PGPS – Programa de Pós-Graduação em Política Social
PHIS – Programa de Pós-Graduação em História
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PPGG – Programa de Pós-Graduação em Geografia
PSF – Programa de Saúde da Família
RD – Razão de Dependência
RMGV – Região Metropolitana da Grande Vitória
RS – Razão de sexo
SIDRA – Sistema IBGE de Recuperação Automática
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----|
| | INTRODUÇÃO | 18 |
| 1 | CONCEITOS E FUNDAMENTOS TEÓRICOS | 24 |
| 1.1 | TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA..... | 24 |
| 1.2 | TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA..... | 29 |
| 1.3 | ENVELHECIMENTO POPULACIONAL..... | 31 |
| 1.4 | COMPONENTES DO ENVELHECIMENTO..... | 35 |
| 1.5 | A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE..... | 37 |
| 1.6 | AS POLÍTICAS SOCIAIS E O ENVELHECIMENTO..... | 42 |
| 2 | A MICRORREGIÃO SUDOESTE SERRANA | 48 |
| 2.1 | CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA..... | 48 |
| 2.2 | A POPULAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO E DAS MICRORREGIÕES..... | 51 |
| 2.3 | ESTRUTURA DA POPULAÇÃO DO ES E DAS MICRORREGIÕES POR IDADE E SEXO..... | 54 |
| 2.4 | OS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO SUDOESTE SERRANA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO IDOSA..... | 61 |
| 2.4.1 | Afonso Cláudio..... | 63 |
| 2.4.2 | Brejetuba..... | 68 |
| 2.4.3 | Conceição do Castelo..... | 70 |
| 2.4.4 | Laranja da Terra..... | 72 |
| 2.4.5 | Marechal Floriano..... | 74 |
| 2.4.6 | Venda Nova do Imigrante..... | 78 |
| 3 | O MUNICÍPIO DE DOMINGOS MARTINS | 92 |
| 3.1 | CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA..... | 92 |
| 3.2 | HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE DOMINGOS MARTINS..... | 96 |
| 3.3 | ESTRUTURA DA POPULAÇÃO DE DOMINGOS MARTINS POR IDADE E SEXO..... | 101 |
| 3.4 | DOMINGOS MARTINS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO IDOSA..... | 112 |
| 3.4.1 | Domingos Martins – Sede Campinho..... | 112 |
| 3.4.2 | O distrito de Ponto Alto..... | 119 |
| 3.4.3 | Entrevistas com os idosos de Domingos Martins (sede) e Ponto | |

| | | |
|---|--|------------|
| | Alto..... | 122 |
| 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 136 |
| | REFERÊNCIAS..... | 141 |
| | SITES CONSULTADOS..... | 146 |
| | APÊNDICES..... | 148 |
| | APÊNDICE A – Questionário aplicado aos responsáveis pelos grupo de idosos no município..... | 149 |
| | APÊNDICE B – Ficha de entrevista dos idosos de Domingos Martins (sede) e Ponto Alto..... | 151 |
| | APÊNDICE C – Tabelas com os dados populacionais de Domingos Martins..... | 154 |
| | APÊNDICE D – Fotos dos municípios pesquisados..... | 155 |
| | ANEXOS..... | 169 |
| | ANEXO A – Política Municipal do Idoso de Afonso Cláudio..... | 170 |
| | ANEXO B – Criação da Associação de Idosos do Centro de Convivência “Força e Luz de Afonso Cláudio..... | 176 |
| | ANEXO C – Criação do Conselho Municipal do Idoso de Brejetuba.... | 177 |
| | ANEXO D – Criação do Conselho Municipal do Idoso de Conceição do Castelo..... | 180 |
| | ANEXO E – Criação do Conselho Municipal do Idoso de Domingos Martins..... | 183 |
| | ANEXO F – Lei sobre a Prioridade no Atendimento ao Idoso em Domingos Martins..... | 185 |
| | ANEXO G – Lei de Criação do Distrito de Ponto Alto em Domingos Martins..... | 186 |
| | ANEXO H – Criação do Conselho Municipal do Idoso de Laranja da Terra..... | 187 |
| | ANEXO I – Criação do Conselho Municipal do Idoso de Marechal Floriano..... | 190 |
| | ANEXO J – Regimento Interno do Centro de Convivência do Idoso de Venda Nova do Imigrante..... | 192 |
| | ANEXO K – Cronograma Semanal dos Projetos do Centro de Convivência do Idoso de Venda Nova do Imigrante..... | 199 |

INTRODUÇÃO

Estamos vivendo um período caracterizado pelo aumento do número de idosos em nossa sociedade. Enquanto Castiglioni (2006) utiliza a expressão “Revolução Grisalha”, Alves (2012) se apropriou do termo “Tsunami Grisalha” para exemplificar essa importante transformação que, nos países desenvolvidos, teve início em meados do século XIX, estendeu-se pelo século seguinte e posteriormente vem ocorrendo nos países em desenvolvimento.

Para compreendermos o processo do envelhecimento, devemos basear-nos inicialmente na Teoria da Transição Demográfica, que, de acordo com Patarra e Ferreira (1996, p. 6), é “[...] a passagem de um estado de equilíbrio a níveis elevados de fecundidade e mortalidade, a outro estado de equilíbrio a níveis mais baixos de mortalidade e fecundidade”. A sociedade presenciou estágios de significativa mudança nos padrões de vida da população, pois inicialmente o número de nascimentos era elevado, justificando-se pelas possíveis perdas de crianças por doenças, ou até mesmo pelo fato de que um número elevado de filhos era necessário para auxiliar a família no trabalho ou na velhice. Apesar de muitos nascimentos, o número de mortes também acompanhava essa tendência crescente, pois não havia muitos recursos médico-hospitalares, o que resultava em elevada mortalidade.

Porém, com a modernização das sociedades e as melhorias no padrão de vida da população, principalmente em relação às condições de higiene, saneamento e saúde associadas ao progresso na medicina, os índices de mortalidade apresentaram intenso declínio, representando uma inigualável conquista humana com o aumento da esperança de vida média da população. Com certa defasagem, a natalidade também acompanhou essa tendência, diminuindo consideravelmente devido a mudanças culturais e econômicas da época, pois já não era necessário manter um número grande de filhos nas cidades, o que significava maiores gastos, ao contrário do que ocorria no passado.

Como resultado desse processo da transição demográfica, houve um aumento do crescimento populacional, associado a uma modificação dos grupos etários, na qual

o número de crianças e jovens diminuiu, ao contrário do número de idosos que apresentou um considerável aumento. Ao longo do processo, ocorreu o crescimento da representação do segmento dos “mais idosos”, resultado do aumento da expectativa de vida, e o processo de feminização dos idosos, no qual o número de mulheres idosas supera o de homens.

Concomitantemente ao processo da transição demográfica, ocorreu a transição epidemiológica, que resultou em uma série de mudanças nos padrões de saúde e doenças e sua interação com os determinantes demográficos, econômicos e sociológicos. À medida que um determinado lugar atinge um patamar de desenvolvimento, melhoram as condições econômicas e sociais e, conseqüentemente, modificam-se as causas de mortalidade, o que deixa de ocorrer principalmente devido às doenças infecciosas e parasitárias, passando a predominar as mortes por doenças crônico-degenerativas, como afirmam Vermelho e Monteiro (2002). Ambos os processos causaram significativas mudanças na estrutura populacional e nos padrões de mortalidade e tiveram como principal resultado o envelhecimento da população, que será o enfoque principal deste trabalho.

O envelhecimento populacional teve início nos países desenvolvidos e posteriormente vem ocorrendo nos países em desenvolvimento, sendo responsável por modificações irreversíveis nas sociedades. Camarano (2002, p. 1) afirma que “[...] o envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. Isto significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários”.

No Brasil, podemos considerar que o fator primordial para acentuar o envelhecimento populacional foi a diminuição da fecundidade desde a década de 1960, somado à queda na mortalidade da população idosa, aumentando o chamado “topo” da pirâmide etária. Esse fenômeno também ocorreu de maneira semelhante no estado do Espírito Santo e na Microrregião Sudoeste Serrana, recorte territorial escolhido para a realização desta pesquisa.

Este trabalho tem por objetivo estudar as causas, indicadores, conseqüências e perspectivas do envelhecimento populacional da Microrregião Sudoeste Serrana do

estado do Espírito Santo, especialmente o município de Domingos Martins, desde 1970 até 2010, tanto levantar as políticas, projetos e leis que contemplam o grupo etário idoso em nível nacional, estadual e municipal quanto identificar a evolução dos níveis do processo de envelhecimento e realizar um estudo de campo no município de Domingos Martins, a fim de compreender se existem e quais as condições dos programas de saúde pública, assistência social, educação, lazer voltados para essa parcela da população. Por fim, compreender as consequências sociais, econômicas e espaciais, entrevistando a população idosa da área rural e urbana e incluindo os idosos que participam de grupos da “terceira idade” do município de Domingos Martins.

A Microrregião Sudoeste Serrana é composta por sete municípios: Afonso Cláudio, Brejetuba, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Laranja da Terra, Marechal Floriano e Venda Nova do Imigrante. Essa microrregião de planejamento foi escolhida porque apresenta tanto importante porcentagem de idosos na distribuição dos grupos etários, maior peso dos idosos (população inativa) sobre a população ativa e elevado índice de envelhecimento quanto características peculiares, tais como a colonização europeia, o relevo acidentado e o clima ameno, o que favorece a economia local que está baseada principalmente no turismo. Torna-se relevante a realização de estudos que forneçam conhecimentos sobre o processo de envelhecimento nessa área, com subsídios para auxiliar em planejamentos futuros. Dentro da Microrregião Sudoeste Serrana, o município de Domingos Martins foi escolhido para a realização de um estudo mais aprofundado de suas características populacionais e do processo de envelhecimento ainda não contemplado com estudos específicos.

Esse município apresenta uma grande relevância na região: é o município mais populoso, além de destacar-se principalmente em relação ao turismo e à economia. É um dos mais rurais do Estado: a grande maioria da população (81%) vive na área rural, e apenas 19% na área urbana. Destaca-se no cenário do Estado por suas peculiaridades: foi colonizado por alemães, pomeranos e italianos e preserva até hoje vários costumes e traços da cultura dos imigrantes, como a língua, a gastronomia, a cultura, a arquitetura.

Os procedimentos metodológicos para a operacionalização deste trabalho consistiram inicialmente em uma revisão bibliográfica ampla sobre as abordagens teóricas e os determinantes demográficos, buscando autores que abordam a temática do envelhecimento populacional, fundamentando o problema da pesquisa sob os aspectos teórico e histórico. Foi feito, a seguir, o levantamento do material bibliográfico e de informações em órgãos diversos para a caracterização do recorte espacial estudado, partindo de um estudo mais amplo sobre a Microrregião Sudoeste Serrana para estudos mais aprofundados sobre o município de Domingos Martins. Posteriormente realizamos a análise dos principais indicadores populacionais, para a qual consideramos tanto a idade de 65 anos como o limite inferior do grupo idoso, mais adequada a países em estágios de transição semelhantes aos do Brasil, como também a idade oficial adotada como início do grupo idoso, uma vez que a legislação brasileira na Lei Federal n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994, art. 2.º, da Política Nacional do Idoso, define “idoso” como as pessoas com 60 anos ou mais. Para a construção de indicadores, foram utilizados os dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), relativos ao período de 1970 a 2000, e do Instituto Jones dos Santos Neves.

Dando prosseguimento à pesquisa, realizamos um levantamento de campo nos municípios pesquisados, a fim de conhecer e registrar como são desenvolvidas as políticas públicas para o grupo etário idoso em cada localidade. No intuito de compreendermos a realidade do município de Domingos Martins, realizamos um estudo de caso entrevistando os idosos da sede e do distrito de Ponto Alto, abordando temáticas socioeconômicas e demográficas, como saúde, renda, composição familiar e políticas públicas.

No capítulo 1, sobre os fundamentos teóricos, buscamos apresentar conceitos importantes, como a transição demográfica e a transição epidemiológica, que paralelamente ocasionaram o envelhecimento populacional, abordamos os principais componentes do processo de envelhecimento e a feminização da velhice, além de aprofundar o pensamento sobre as políticas sociais voltadas para a população idosa no Brasil.

No capítulo 2, sobre a Microrregião Sudoeste Serrana, realizamos a caracterização da área e, após essa etapa, foram analisados os dados populacionais e informações do IBGE, mais precisamente do banco de dados do Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA) e do relatório de projeções populacionais para o Espírito Santo: 2030, realizado pelo Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN) sobre as microrregiões administrativas. Foram analisados alguns indicadores demográficos, como a distribuição dos principais grupos etários, a razão de dependência, o índice de envelhecimento, a razão de sexo e a idade mediana.

Após a etapa de análise dos indicadores, realizamos um levantamento de campo nos municípios estudados, para verificar as condições de funcionamento dos programas de saúde pública, assistência social, educação, lazer, voltados para a parcela idosa da população, entrevistando funcionários das prefeituras e de locais que atendem os idosos em cada localidade.

No capítulo 3, sobre o município de Domingos Martins, apresentamos a caracterização da área estudada e uma abordagem sócio-histórica sobre os principais aspectos do município relativos à economia, à cultura e às tradições do martinense. Após o estudo detalhado do município de Domingos Martins, realizamos um levantamento dos seus aspectos demográficos, utilizando dados dos censos de 1970 a 2010, que permitiram o cálculo de índices e a construção de tabelas e gráficos que subsidiaram as análises e interpretações.

Sequencialmente realizamos tanto um estudo de campo no município para verificar as condições de funcionamento dos programas de saúde pública, assistência social, educação, lazer, voltados para a parcela idosa da população, quanto um levantamento das políticas, projetos e leis que contemplam esse grupo etário em nível nacional, estadual e municipal e posteriormente. Ademais, realizamos entrevistas semiestruturadas com os idosos locais, a fim de questionar assuntos relacionados à vida familiar, renda, saúde, dependência, participação em atividades físicas, de lazer, avaliação de ações do governo, necessidades, acessibilidade.

Para melhor compreendermos a realidade local do município, distinguimos a área urbana, a qual consideramos a sede do município, chamada de Campinho, e a área

rural, na qual optamos pelo distrito de Ponto Alto, e analisamos as duas realidades. Espera-se que este trabalho colabore nas pesquisas voltadas para o envelhecimento populacional no estado do Espírito Santo, principalmente na Microrregião Sudoeste Serrana e no município de Domingos Martins, e que possamos efetivamente contribuir com a população idosa, melhorando as condições de atendimento e de acesso aos bens públicos. Os ganhos de expectativa de vida da população que são registrados a cada ano demandam, em contrapartida, a aplicação crescente de investimentos em políticas públicas e nos sistemas de saúde.

1 CONCEITOS E FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

O processo da transição demográfica, associado à transição epidemiológica, caracteriza-se por transformações na dinâmica da população, e, embora de caráter global, esses processos possuem características bastante variáveis de acordo com os espaços-temporalidades. Inicialmente estudaremos esses dois processos que resultam em modificações na estrutura demográfica, sendo o envelhecimento populacional um de seus principais efeitos.

“O mundo está passando por um dos melhores momentos demográficos de toda a história da humanidade [...]”, afirma Alves (2008, p. 1). Isso se deve a um dos mais importantes fenômenos sociais ocorridos nos últimos tempos: a transição demográfica.

Este processo consiste na passagem de uma situação de baixo crescimento demográfico, caracterizada por níveis elevados de natalidade e mortalidade, a uma outra fase de baixo crescimento ou de estabilização, ou mesmo decrescimento negativo, em que os níveis dos dois componentes do crescimento são baixos (CASTIGLIONI, 2006, p. 1).

De acordo com Patarra e Ferreira (1996, p. 6), a transição é “[...] a passagem de um estado de equilíbrio a níveis elevados de fecundidade e mortalidade, a outro estado de equilíbrio a níveis mais baixos de mortalidade e fecundidade”.

Trewartha (1974, p. 60) sobre esse fenômeno afirma:

Todas as nações que durante a Era Moderna passavam de uma economia tradicional orientada para a agricultura a uma outra fortemente industrial e urbana evoluíram, ao mesmo tempo, de uma condição de alta fecundidade e mortalidade para outra onde ambas as taxas vitais mencionadas são relativamente baixas. No processo dessa mudança quase todas experimentavam um estágio intermediário de duração variável, no qual a mortalidade ficou bem abaixo da fecundidade, resultando um remarcável acréscimo do número de habitantes e intensas alterações nas proporções relativas dos jovens, adultos e velhos.

A redução dos índices de mortalidade foi uma conquista humana que começou ainda no século XIX e deixou uma herança positiva no século XX. A esperança de vida média da população mundial, que estava em torno de 30 anos em 1900, ultrapassou os 60 anos em 2000. Isso quer dizer que o tempo médio de vida dos

habitantes do planeta dobrou em um período de um século, fato que não tem equivalente no passado e provavelmente não terá equivalente no futuro (ALVES, 2008). Esse progresso pode ser estimado para os próximos anos, e, de acordo com o Relatório das Nações Unidas, em nível global a esperança de vida média para ambos os sexos é de 71,95 anos no período atual, de 2015 a 2019, e atingirá os 76 anos no período de 2045-2050 e 82 anos em 2095-2100. Se compararmos o nível de desenvolvimento, as pessoas nos países desenvolvidos poderão viver 89 anos e, nos países em desenvolvimento, 81 anos¹.

Segundo Medici e Beltrão (1995), a teoria tradicional da transição demográfica apresenta três postulados centrais. O primeiro consiste no princípio da precedência no tempo da queda da mortalidade, segundo o qual, a transição demográfica se inicia com a redução da mortalidade, em razão de conquistas associadas ao progresso técnico, tais como melhoria dos sistemas de saneamento e o combate a doenças transmissíveis. De acordo com os autores, a alta mortalidade, principalmente a infantil, seria a maior responsável pela manutenção dos elevados índices de fecundidade no período pré-transicional.

Como afirma Zelinsky (1969, p. 137):

O desenvolvimento do 'controle da morte' foi um produto muito importante da vasta revolução científica que acompanhou a revolução industrial, a revolução agrícola e outros saltos semelhantes na tecnologia. Graças à melhor nutrição, higiene pública, melhorias básicas no cuidado com a infância, sistemas mais avançados de comunicações e transportes, os primórdios de um sistema hospitalar moderno, uma valorização sensível da vida humana, e a descoberta de meios de controle de muitas formas de moléstias infecciosas, as taxas de mortalidade sofreram um declínio importante durante o século XVIII.

Alves (2014) também aponta explicações para essa primeira fase da transição, enfatizando que os níveis de mortalidade diminuem, pois há melhoria do padrão de vida da população devido às contribuições da inovação médica, dos programas de saúde pública, do acesso ao saneamento básico e da melhoria da higiene pessoal.

¹ Relatório das Nações Unidas. Disponível em: <<http://www.unric.org/pt/actualidade/31160-relatorio-das-nacoes-unidas-estimaque-a-populacao-mundial-alcance-os-96-mil-milhoes-em-2050->>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Entretanto, nesse cenário de queda da mortalidade, o índice de fecundidade permanece elevado, ou seja, cada mulher continua tendo um número elevado de filhos, o que ocasiona o crescimento populacional, o qual está “[...] relacionado à consequência direta e ‘natural’ da queda da mortalidade: mantendo-se a natalidade durante certo tempo, a população, em consequência, aumentou” (NADALIN, 2003, p. 129).

O segundo postulado, de acordo com Medici e Beltrão (1995), seria o da transição reprodutiva, que ocorreria em duas fases: primeiramente, o retardamento dos casamentos e, posteriormente, o controle da fecundidade por parte das pessoas que vivem em união, assim os índices brutos de mortalidade e de fecundidade declinariam. A fecundidade seguiria caindo desde o ponto em que a mortalidade atingiria certo equilíbrio, deixando de cair ou caindo a índices mais brandos.

Alves (2014, p. 9) afirma:

A transição da natalidade é outro elemento essencial do processo civilizatório. A redução voluntária da natalidade só ocorre após profundas mudanças no comportamento de massa e da perda de influência das escoras culturais pró-natalistas, tais como crenças tradicionais, preconceitos e fatalismo religioso. Entre as espécies vivas, somente o ser humano aprendeu a limitar sua prole, pois, adotando um tamanho pequeno de família, descobriu a mobilidade social ascendente. E o mais importante, a regulação do número médio de filhos ocorreu num quadro de aumento da sobrevivência e de avanço do bem-estar. As baixas taxas de natalidade não vieram em função da escassez econômica e nem houve coação de políticas autoritárias. A queda da natalidade ocorreu num ambiente de liberdade de escolha.

Houve também uma série de mudanças sociais, culturais e econômicas, como as mudanças decorrentes do processo de modernização da sociedade, principalmente a modificação na estrutura produtiva familiar, na qual inicialmente os filhos e as terras eram considerados investimentos, pois, na sociedade tradicional, os filhos custavam pouco e davam retorno; porém, nas sociedades contemporâneas, eles significavam uma série de gastos para a família. Outra justificativa para o número elevado de filhos seria a necessidade de repor as perdas causadas pela alta mortalidade (PATARRA; FERREIRA, 1996).

Ao reforçar essa ideia do declínio da fecundidade como um processo decorrente da modernização da sociedade, pois se acentuou ao passo que ela foi se tornando progressivamente mais industrial e urbanizada, Trewartha (1974, p. 53) afirma:

Não houve diminuição na capacidade física das mulheres urbanas na concepção de filhos. Porém, a nova situação cultural parece ter originado um desejo de menores famílias e também a maneira de consegui-las. Filhos numerosos, que eram úteis na agricultura, não o eram nas cidades. Ao contrário, com frequência, representavam muito mais um débito que um haver. Além do mais, eram grandemente onerosos para educar, alimentar e vestir no ambiente urbano. Também com o aumento da mobilidade das famílias, os grupos familiares numerosos tornavam-se menos desejáveis.

O terceiro postulado seria dado pelas influências do crescimento econômico moderno, destacando a importância dos mercados na mobilidade e na dinâmica do crescimento populacional. Neste ponto, a expansão do comércio mundial e a dinâmica da urbanização e da modernização agrícola, expulsando mão de obra do campo para a cidade, teriam tido efeitos no sentido de aumentar o processo de queda da fecundidade (MEDICI; BELTRÃO, 1995).

Ainda de acordo com Medici e Beltrão (1995), a teoria da transição demográfica encontra-se fortemente correlacionada com a questão da transição da fecundidade, e podemos afirmar isso analisando duas correntes – a macroeconômica e a microeconômica: as análises macroeconômicas procuravam vincular a queda da fecundidade a fatores gerais, como a escassez de recursos, a ausência de perspectivas econômicas da população e as dinâmicas dos mercados; já as análises microeconômicas procuravam avaliar a questão da queda da fecundidade como se fossem uma decisão baseada em critérios de custo-benefício, tomada pelas próprias famílias; sendo assim, o planejamento das famílias, em ter ou não mais filhos, era baseado em fatores econômicos (MEDICI; BELTRÃO, 1995).

Segundo Alves (2008), nenhum país ficou alheio à transição demográfica. Nas regiões mais desenvolvidas, a transição já se completou e, em alguns casos, as curvas até se inverteram; já nas regiões em desenvolvimento, os índices de mortalidade já atingiram seus níveis mais baixos, mas os índices de natalidade ainda apresentam uma curva em declínio, necessitando de algumas décadas a mais para chegar ao ponto de interseção e crescimento vegetativo zero; por outro lado, nas regiões menos desenvolvidas, a transição da mortalidade avançou, mas a transição

da natalidade está em suas fases iniciais e ainda há um longo caminho para chegar a uma situação de maior equilíbrio em patamares baixos em ambos os índices.

Entre as consequências do processo da transição demográfica, segundo Castiglioni (2006), podemos destacar o elevado crescimento populacional, que foi um dos efeitos mais visíveis da transição. Em consequência da ocorrência desse processo, inicialmente nos países desenvolvidos, a população do mundo dobrou em cem anos, entre 1830 e 1930, passando de 1 a 2 bilhões de habitantes. Nos anos seguintes, esse crescimento foi acentuando-se, e, em 30 anos, com a contribuição do crescimento dos países em desenvolvimento, a população foi atingindo valores cada vez mais elevados em um período de tempo cada vez menor. Entre 1930 e 1960, a população mundial chegou a 3 bilhões de habitantes e, em 1999, atingiu 6 bilhões. Em 2017, já ultrapassamos os 7,5 bilhões, e, segundo as estimativas das Nações Unidas, a população mundial chegará a 10 bilhões daqui a um século.

Também ocorreu a modificação da representação dos grupos etários, ou seja, do peso dos vários segmentos que compõem a população (jovens, adultos e idosos). A pirâmide etária, modelo utilizado para representar esses grupos, passou progressivamente de sua forma clássica, triangular com base larga e topo estreito, à forma de “colmeia”, em que as barras inferiores, que são representadas pelos jovens, perdem progressivamente sua representação em favor das faixas etárias adultas e idosas (CASTIGLIONI, 2006).

Segundo Alves (2014), podemos constatar essa evolução da população analisando as modificações da representação dos grupos etários da população brasileira. Em 1950, havia 9 milhões de crianças de 0 a 4 anos de idade, e esse grupo representava 16,6% da população total, enquanto os idosos eram 2,6 milhões (60 anos ou mais), que representavam somente 4,8% da população. Em 1980, havia 17 milhões de crianças de 0 a 4 anos de idade, 14% da população total, e havia 7,7 milhões de idosos, 6,3% da população. Em 2000, o número absoluto de crianças de 0 a 4 anos se manteve em torno de 17,5 milhões, mas, em termos relativos, caiu para 10% da população total. A população idosa chegou a 14,2 milhões de pessoas, representando 8,1% da população brasileira. No censo de 2010, o número de crianças de 0 a 4 anos era de 13,8 milhões e os idosos com 60 anos ou mais eram

20,6 milhões. Em 2030, devido à continuidade do decrescimento do número médio de filhos das mulheres, a quantidade absoluta de crianças de 0 a 4 anos deve cair para 13,3 milhões, representando 6% da população total, e a população idosa deve chegar a 41,6 milhões de pessoas, ou seja, 18,7% da população brasileira.

Também como consequência do processo de transição demográfica, ocorre um aumento da representação do “segmento mais idoso”, ou seja, com o aumento progressivo da expectativa de vida, é crescente o número de idosos do grupo de 80 anos ou mais, composto por grande número de pessoas dependentes, demandando elevados investimentos em saúde e em serviços especializados (CASTIGLIONI, 2006).

Outra consequência é a crescente feminização do segmento dos idosos, pois, apesar de nascerem mais homens que mulheres, em média 105 homens por 100 nascimentos de mulheres, no decorrer da vida, fatores comportamentais e biológicos reduzem o índice de masculinidade e, na idade adulta, as mulheres passam a predominar na população. A preponderância feminina se acentua à medida que a idade avança, devido à maior longevidade das mulheres, ocorrendo uma feminização do envelhecimento (CASTIGLIONI, 2006).

Assim como a transição demográfica gerou inúmeras modificações nas estruturas populacionais, a transição epidemiológica também participou dessas transformações, modificando os padrões da mortalidade, com consequências sobre a incidência da mortalidade nos diversos segmentos da população. Ambas tiveram início em países desenvolvidos e são consequências de um conjunto de transformações que compõem o processo de modernização da sociedade.

1.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

De acordo com Omran (2005), a teoria da transição epidemiológica baseia-se nas mudanças dos padrões de saúde e doença e nas interações entre esses padrões e seus determinantes demográficos, econômicos e sociológicos. À medida que os países atingem um nível elevado de desenvolvimento, melhoram também as condições sociais, econômicas e de saúde, e modificam-se os padrões de

mortalidade, passando de baixa expectativa de vida e de altos índices de mortalidade, devido principalmente às doenças infecciosas e parasitárias, para um aumento da duração da vida e da predominância, na composição da mortalidade, das mortes por doenças não transmissíveis e crônico-degenerativas (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

Segundo Monteiro e Vermelho (2002), essa transição ocorreu primeiramente nos países desenvolvidos devido a uma série de fatores, como o desenvolvimento agrícola, as inovações técnicas, os meios de transporte e de comunicação, além do desenvolvimento comercial, industrialização, os avanços na medicina e na saúde pública, saneamento, tratamento de água, entre outros fatores.

Na Europa, as Revoluções Agrícola e Industrial, a urbanização e a melhoria das condições de vida durante os últimos séculos foram responsáveis por um importante declínio da mortalidade e pela modificação do perfil epidemiológico da população, numa época de pouco conhecimento médico e de implementação limitada de medidas terapêuticas eficazes (PRATA, 1992, p. 168).

Já os países em desenvolvimento como o Brasil se encontram em pleno estágio intermediário da transição epidemiológica, conforme observou Prata (1992), ao concluir que essa transição não é uniforme, pois algumas regiões se encontram na fase inicial e, em outras, a transição está quase se completando.

De acordo com Omran (2005), o processo de transição epidemiológica apresenta três grandes etapas ou fases: na primeira, caracterizada como fase da pestilência e da fome, a mortalidade é alta devido a fatores como epidemias, pragas, fome e guerras, impedindo, assim, o crescimento da população, que apresenta baixa expectativa de vida; na segunda, chamada de recuo da pandemia, a mortalidade por fatores epidemiológicos decresce, e a expectativa de vida aumenta; a terceira consiste na fase das doenças degenerativas e provocadas pelo homem e ocorre quando a mortalidade diminui consideravelmente e a população aumenta concomitantemente com a expectativa de vida; nesta fase, as doenças crônico-degenerativas passam a liderar o *ranking* das principais causas de mortalidade, com representação crescente.

Assim, durante a transição epidemiológica, ocorre uma redução da mortalidade por infecção nas primeiras idades, o que permite que um contingente cada vez mais numeroso chegue às idades mais elevadas, nas quais ele será submetido aos riscos de morte por doenças ligadas ao processo de envelhecimento do organismo (CASTIGLIONI, 2012).

Em ambos os processos transicionais, demográfico e epidemiológico, ocorreram inúmeras modificações em nossa sociedade, que afetaram diretamente o crescente aumento do número de idosos.

Apresentaremos, a seguir, algumas dessas questões relacionadas ao aumento do envelhecimento e as principais consequências que o envolvem.

1.3 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é resultante do processo da transição demográfica, na qual ocorrem inicialmente a diminuição da mortalidade e a manutenção dos níveis da natalidade, tendo por consequências a mudança no ritmo de crescimento da população, a modificação da representação dos grupos etários com consequente aumento do número de idosos na população. Os processos de transição demográfica e epidemiológica e de envelhecimento populacional são estreitamente correlacionados.

Os fatores determinantes do envelhecimento, de acordo com Kalache (1987), são fundamentalmente ditados pelo comportamento de seus índices de fecundidade e, de modo menos importante, de mortalidade. Para que uma população envelheça, é necessário, primeiro, que haja um declínio da fecundidade; um menor ingresso de crianças em uma determinada população leva proporcionalmente à diminuição da parcela de jovens. Simultânea ou posteriormente, verifica-se a redução dos índices de mortalidade e, conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida da população; nesta situação, o processo de envelhecimento da população torna-se ainda mais acentuado.

Esse processo se iniciou nos países desenvolvidos e posteriormente nos países em desenvolvimento, e ocorre de maneira irreversível na sociedade, apresentando-se de forma positiva, quando consideramos o ganho quantitativo de vida média. Porém, o aumento da longevidade traz desafios econômicos e sociais, e acredita-se que estudar as características desse processo pode contribuir para a adoção de projetos e programas mais eficientes voltados para as transformações decorrentes do envelhecimento populacional.

Segundo Camarano (2002), o crescimento da população idosa do Brasil é consequência de dois processos: a alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960 e comparada à fecundidade de hoje; e a redução da mortalidade da população idosa. Por um lado, a queda da fecundidade modificou a distribuição etária da população brasileira, tornando a população idosa um componente cada vez mais expressivo dentro da população total, resultando no envelhecimento pela base; por outro, a redução da mortalidade trouxe como consequência o aumento no tempo vivido pelos idosos, isto é, alargou o cume da pirâmide, provocando o seu envelhecimento pelo topo.

Camarano (2002, p. 1) afirma que “[...] o envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. Isto significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários”.

Reafirmando esse conceito, Castiglioni (2006, p. 3) esclarece:

Em Demografia, por envelhecimento populacional entende-se o aumento do segmento da população classificado como ‘idoso’ em relação aos outros grupos etários, ou seja, é o aumento da participação relativa do grupo de pessoas com mais de 60 ou 65 anos, conforme definição, no conjunto da população.

Atualmente a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como “idoso” as pessoas com 60 anos ou mais em os países em desenvolvimento. No Brasil também é utilizada essa classificação e, nos países desenvolvidos, com 65 anos ou mais (BRASIL, 2006).

Moreira (1998, p. 80) comenta:

O envelhecimento está associado ao processo biológico de declínio e deterioração que ocorre com a passagem do tempo, e é próprio daquelas

peças que atingiram o estágio final do ciclo vital, no qual a idade se define como limitativo ao bem-estar biológico (fragilidade e/ou invalidez), psicológico (diminuição da velocidade dos processos mentais) e comportamental (isolamento). As diferenças individuais são tão grandes que se associar envelhecimento à idade cronológica fornece-nos uma visão aproximada, uma percepção grosseira do processo de envelhecimento. Ainda assim, é convencional considerar que a senescência inicia-se aos 65 anos e definir tal idade como marco do grupo idoso. Esta convenção está usualmente baseada em escolhas que muito tem a ver com as políticas de seguridade social, em particular as de aposentadoria.

Focalizando as transformações que ocorrem no organismo humano, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), referendada pelo Ministério da Saúde (MS), afirma que o envelhecimento é tido como

[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006, p. 8).

Salgado (2007) interpreta o envelhecimento como um processo multidimensional, resultado da interação de fatores biológicos, psicoemocionais e socioculturais. Executando a razão biológica que tem caráter processual e universal, os demais fatores são composições individuais e sociais, consequência de visões e oportunidades que cada sociedade atribui aos seus idosos.

De acordo com Ottoni (2012), existe ainda a diferença entre os termos longevidade e envelhecimento. Dessa forma, é necessário distingui-los, pois longevidade, para as pessoas de uma mesma geração, seria

[...] o número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos que, em média, as pessoas de uma mesma geração ou coorte viverão, definindo-se como geração ou coorte o conjunto de recém-nascidos em um mesmo momento ou mesmo intervalo de tempo (CARVALHO, 2003, p. 726).

Ottoni (2012) ainda afirma que a longevidade seria marcada ou pelo número de anos que uma pessoa vive, ou pelo período de tempo que pessoas que nasceram em determinada época viverão em média, enquanto o envelhecimento é definido por “[...] um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice” (CARVALHO, 2003, p. 726), e está “[...] associado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais” (CAMARANO, 2004, p. 4). A autora afirma que a longevidade é uma das maiores conquistas da

sociedade nas últimas décadas. Essa tendência tem aumentado ao longo dos tempos e atualmente o grupo dos idosos cresce mais que os demais grupos populacionais.

Além disso, registra-se um aumento na proporção da população “mais idosa”, ou seja, de 80 anos ou mais, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, isto é, a população considerada idosa também está envelhecendo e isso leva a uma heterogeneidade do segmento populacional chamado idoso (CAMARANO, 2002).

Para classificarmos um indivíduo como idoso, devemos considerar alguns questionamentos, conforme afirma Borba (2011, p. 71):

A idade cronológica, apesar de ser utilizada pela maioria das produções sobre o envelhecimento, não deve ser o único fator para classificar um indivíduo como idoso. Além do fator cronológico, é fundamental considerar as idades psicológica, social e biológica, que podem não coincidir com a cronologia, muito embora seja imprescindível diferenciá-las para compreender as múltiplas dimensões do processo de envelhecimento.

Trata-se, portanto, das mudanças na estrutura etária da população, as quais produzem aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade e variam de sociedade para sociedade, dependendo de fatores biológicos, ambientais e culturais (CARVALHO, 2003).

O crescimento da população de idosos e da longevidade, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo em nível sem precedentes, atingindo todas as classes sociais. Em 1950, eram 204 milhões de idosos com 60 anos ou mais no mundo, e, já em 1998, quase cinco décadas depois, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas, atingindo os chamados países em desenvolvimento, porém ainda de maneira inferior aos países desenvolvidos (TEIXEIRA, 2008).

Em 2010, a população com 60 anos ou mais atingiu o valor de 760 milhões e, em 2030, deve chegar a 1.378.945.000. Enquanto a população total deverá apresentar um crescimento de pouco mais de três vezes entre 1950 e 2030, a população idosa (60 anos e mais) deverá chegar a um crescimento de quase oito vezes, no mesmo

período. Conforme mencionado, o autor se refere a esse fenômeno de “tsunami grisalho” (ALVES, 2012).

Segundo Giacomini (apud SOARES et al., 2014), esse fenômeno mundial se iniciou no século XX e se estenderá no século XXI. E, pela primeira vez na história, haverá mais pessoas idosas, maiores de 60 anos de idade, que menores de 15 anos, de modo que a população mundial, em 2050, será composta de dois bilhões de pessoas idosas. É importante ressaltar também a influência que os três fatores primordiais – a fecundidade, a mortalidade e a migração – exercem no estudo do envelhecimento.

1.4 COMPONENTES DO ENVELHECIMENTO

Em relação ao envelhecimento, podemos considerar como determinantes os três principais componentes – *a fecundidade, a mortalidade e a migração* –, cada qual influencia esse processo de maneira distinta. Uma localidade poderá tornar-se mais envelhecida se diminuirmos o número de nascimentos, reduzindo assim sua fecundidade e, por consequência, elevando a proporção de idosos, ou se reduzirmos a mortalidade da população idosa, significando melhorias nas condições de vida de sua população, ou até mesmo se a população jovem migrar, que, conseqüentemente, deixará a população de origem com um caráter mais envelhecido.

Moreira (2000) aponta características dos tipos de envelhecimento populacional, o chamado envelhecimento pela base e envelhecimento pelo topo. No primeiro caso, ocorre uma redução da proporção da população jovem no total da população, sem que tenha havido significativas mudanças na população idosa. Esse tipo de envelhecimento está estreitamente associado à queda nos níveis de fecundidade e é próprio da experiência histórica de envelhecimento vivenciada pela maioria dos países hoje desenvolvidos, é o que ocorre nos países em desenvolvimento, atualmente em processo de envelhecimento.

O impacto dos níveis da fecundidade sobre o envelhecimento é mais evidente, pois, quando os níveis da fecundidade são superiores ao da reposição, cada geração

sucessiva provém de nascimentos mais numerosos do que nas anteriores, implicando que, enquanto a fecundidade não declinar, a sua contribuição será sempre no sentido de preservar uma estrutura etária jovem, como ressalta Moreira (2000).

Já o envelhecimento pelo topo está ligado a uma real ampliação da fração da população idosa, que ocorre nos atuais países desenvolvidos que continuam envelhecendo, em consequência de a baixa fecundidade já ter-se estabilizado. Contudo, a mortalidade continua experimentando redução principalmente entre os grupos etários mais velhos, pois a mortalidade das crianças e jovens já atingiu níveis de difícil redução. É o que já está ocorrendo em países em desenvolvimento que se encontram em fase avançada no processo de transição demográfica (MOREIRA, 2000).

A migração, segundo Muniz (2002, p. 1) pode ser entendida como “[...] o movimento e a realocação de pessoas de uma região para outra [...]”, e este processo pode influenciar diretamente no envelhecimento de uma população. Existem inúmeras teorias explicativas da migração. Sinteticamente podem distinguir-se duas abordagens para explicar os movimentos migratórios: a primeira se baseia em modelos neoclássicos de escolha individual; e a segunda utiliza uma abordagem chamada de histórico-estrutural. A primeira, a decisão de migrar, ou não, é concebida de um ponto de vista micro, baseando-se na análise dos custos e benefícios esperados pelo indivíduo nos locais de origem e destino; e a segunda está ligada a uma conjuntura social e política vigente, que ultrapassa os interesses individuais dentro do processo de decisão (MUNIZ, 2002).

Muitas das abordagens explicativas da migração, conforme afirma Castiglioni (2009), baseiam-se na escolha racional do indivíduo, considerado como o ator principal do processo migratório, a qual resulta de uma decisão individual, para maximizar o lucro, e ela pode provocar impactos no envelhecimento, pois, em sua maioria, os migrantes são mais jovens, cuja saída ou chegada causam consequências diretas na população.

Os jovens apresentam uma maior tendência a migrar e, em consequência, os fluxos migratórios tendem a conter um número maior de jovens, provocando um rejuvenescimento da população da região de destino e o

envelhecimento da população da região de origem do fluxo (CASTIGLIONI, 2006, p. 4).

Os jovens são atraídos para uma localidade principalmente por motivos econômicos, o que afeta diretamente a distribuição etária da população, reduzindo a participação dos idosos. Entretanto, nas populações em que ocorre o processo contrário, no qual há a saída de jovens, a população pode apresentar maior participação de idosos, aumentando o envelhecimento nessa região.

Segundo afirma Moreira (2003, p. 13):

Na medida em que os fluxos emigratórios são seletivos por idade, as regiões perdedoras de população são aquelas nas quais a maior fração de emigrantes é constituída por populações jovens, em idades ativas, o que amplia o envelhecimento regional. Ademais quando são amplos os movimentos migratórios envolvendo não apenas indivíduos, mas, também, suas famílias, este processo é mais intenso, já que as crianças acompanham seus jovens pais, deixando de migrar apenas os mais idosos. Se a região de emigração tender a receber fluxos de retorno marcadamente constituídos por idosos, então mais amplo ainda será o envelhecimento de sua população.

1.5 A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE

Outro fator importante no estudo do envelhecimento é a sua distribuição segundo o sexo, pois, ao nascimento, o número de crianças do sexo masculino é maior do que o do feminino. Porém, com o passar dos anos, a população masculina tende a declinar, e, ao atingir idades mais avançadas, a população feminina supera a masculina, aumentando proporcionalmente o número de idosas na população. “As diferenças entre os sexos também constituem um fator de vez que, em todas as culturas, a esperança de vida é mais alta entre as mulheres que entre os homens, e quanto mais velho o grupo maior a predominância feminina” (TREWARTHA, 1974, p. 133), ou seja, há uma feminização da velhice.

Esse fenômeno demográfico e social é abordado por Camarano (2002, 2004), Castiglioni (2006), Salgado (2002), Moreira (1998), Neri (2007) e consiste na predominância feminina no grupo dos idosos.

Considerada pelo ângulo sociodemográfico, a feminização da velhice está associada aos seguintes fenômenos: maior longevidade das mulheres em comparação com a

dos homens; maior presença relativa de mulheres na população idosa, principalmente nos estratos mais velhos; crescimento do número de mulheres idosas que integram a população economicamente ativa; e crescimento do número de mulheres idosas que são chefes de família (CAMARANO; KANSO; LEITÃO; MELLO, 2004).

Pelo prisma sociológico, a feminização da velhice coincide com mudanças nas normas etárias e de gênero que regulam o comportamento e as expectativas de comportamento das mulheres idosas, as relações intergeracionais e os intercâmbios de apoio material, instrumental e afetivo entre gerações. As características das mudanças variam de acordo com o pertencimento das mulheres a diferentes classes sociais (GOLDANI, 1999).

A razão de sexo é o indicador utilizado para calcular o número de homens, para cada mulher ou para cem mulheres. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD/IBGE 2014), podemos observar que a população feminina predomina tanto no estado do Espírito Santo quanto no Sudeste e no Brasil. Ao longo dos últimos anos, as razões de sexo se situaram relativamente próximas umas das outras. Em 2014, para cada cem mulheres residentes, existiam 94,5 homens no Espírito Santo, 92,5 no Sudeste e 93,9 no Brasil.

Já o índice de envelhecimento mede o número de idosos (60 anos ou mais de idade) para cada grupo de cem jovens (0 a 14 anos de idade) na população. Em 2014, ainda segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (2014), mantendo a tendência observada nos últimos anos, tanto no Brasil quanto no Sudeste e no Espírito Santo, houve aumento do peso da população idosa. O indicador apresentado pelo Espírito Santo, de 63,4 idosos (60 anos ou mais) para cada cem jovens, foi semelhante ao do Brasil, mas inferior ao do Sudeste (77,2), tendo este último crescido 7,1 pontos percentuais em relação a 2013. A população feminina no Espírito Santo está mais envelhecida que a masculina e contou, em 2014, com 72,9 idosas para cada grupo de cem mulheres jovens.

Segundo Castiglioni (2006), a feminização produz inúmeras consequências, tanto o aumento do número de domicílios unipessoais quanto o aumento dos cuidados e

gastos com a saúde, cada vez mais especializados, pois as idosas acabam utilizando-se desses serviços por mais tempo, uma vez que elas atingem idades mais avançadas, nas quais os riscos de determinadas doenças são mais elevados para elas.

As mulheres contribuem para o aumento dos gastos com aposentadorias e pensões, conforme afirma Castiglioni (2006), pois elas utilizam o sistema previdenciário por maior tempo que os homens, sendo também favorecidas pelas atuais normas para aposentadoria que estabelecem um período de contribuição previdenciário menor para o sexo feminino. Porém, a saída do mercado de trabalho pode acarretar a diminuição de seus rendimentos e maior dependência, como ressalta Salgado:

O acesso à aposentadoria produz, em si, uma diminuição maior ou menor dos rendimentos em relação à vida ativa, diminuição esta regida pelos rendimentos mínimos necessários para a subsistência, o que faz com que tenha uma posição desfavorável em relação ao restante da população (SALGADO, 2002, p. 13).

É importante ainda ressaltar:

Após uma vida sem receber rendimentos ou salários adequados, não é acidental que a mulher, na velhice, seja mais pobre que o homem. Apesar de muitas mulheres de idade avançada precisarem suprir certas necessidades básicas, enfrentam mais a pobreza do que quando eram jovens. Entre as razões que se pode assinalar para este fato, cita-se: não se dá compensação, reconhecimento ou direito à aposentadoria a mulheres cujo trabalho tenha sido primordialmente doméstico; devido à discriminação sexual, as mulheres ganham menos e, por esta razão, as aposentadorias são mais baixas; caso decidam voltar a trabalhar, não são admitidas por falta de experiência recente ou pela idade [...] (SALGADO, 2002, p. 14).

Todavia, conforme afirma Camarano (2003), cresce também o número de domicílios chefiados por mulheres idosas e, em muitos casos, o benefício social é a única fonte de renda das famílias que, em sua maioria, não são compostas apenas por idosos e dependem de sua aposentadoria para garantir o sustento da família, ou seja, as mulheres, quando envelhecem, mudam seu papel dentro da esfera familiar, passando de dependentes para provedoras. Brasil (2005) também ressalta que essa nova realidade apresenta importantes pontos positivos, pois ocorre uma valorização da pessoa idosa pela família, na qual passa a ter um maior poder e exerce um novo papel familiar e social, além de promover a proximidade e maior contato com a família.

Outro fator importante é relativo às causas de mortes entre homens e mulheres, resultantes da maneira como as doenças incidem segundo o sexo e a resistência biológica de cada um diante das doenças em geral. Fatores comportamentais diferentes levam o homem a exceder-se mais com bebidas, drogas, fumo, velocidade no trânsito, situações perigosas e violentas, e são responsáveis pelo forte grau de discriminação que caracteriza as mortes violentas, classificadas como causas externas (CASTIGLIONI, 2006).

Em relação à vulnerabilidade masculina, Neri (2007) acrescenta alguns fatores que prejudicam mais os homens do que as mulheres: além do tabagismo e do consumo de álcool, cita hábitos de vida, como uma dieta rica em gorduras e sal, e baixa adesão a comportamentos de saúde, que incluem visitar periodicamente o médico, seguir tratamentos prescritos, tomar remédios e fazer exercícios físicos, além de violência, excessos comportamentais, acidentes, exposição ao alcoolismo, ansiedade, suicídio, violência urbana.

Neri (2007) comenta também a importância de fazer uma análise do processo de feminização da velhice, considerando as particularidades dos dois gêneros, visto que as mudanças ocorridas na vida das mulheres estão relacionadas às mudanças ocorridas na vida dos homens. Segundo a autora, os principais fatores protetores do envelhecimento masculino em comparação com o feminino são os seguintes: 1) os homens são geralmente casados e, dessa forma, têm maior probabilidade de ser cuidados; 2) têm *status* mais alto do que as mulheres; 3) desfrutam níveis de renda e de escolaridade geralmente mais altos; 4) são menos rejeitados por causa da perda de beleza e juventude; 5) têm autoimagem mais positiva; 6) têm menos doenças crônicas e incapacidade; 7) são mais satisfeitos com a vida e têm uma percepção de saúde mais positiva.

Salgado (2002) ressaltava também outra característica desse grupo populacional, em que existe maior proporção de viúvas do que em qualquer outra faixa etária. Uma razão que poderia explicar essa situação é que, por tradição, a mulher tende a se casar com homens mais velhos do que ela, o que, associado a uma mortalidade masculina maior do que a feminina, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge. Outra explicação do fenômeno de maior número

de mulheres viúvas nessa faixa etária é o fato de que os viúvos voltam, mais do que as viúvas, a se casar depois de enviudar. Essa situação é a mesma para os divorciados. “Três de cada quatro mulheres ficam viúvas, e as possibilidades de casarem novamente são baixas e diminuem com a idade” (SALGADO, 2002, p. 15).

Segundo Beauvoir (1990, p. 598), principalmente para as mulheres, a fase da velhice significa uma libertação: “[...] submetidas durante toda a vida ao marido, dedicada aos filhos, podem, enfim, preocupar-se consigo mesmas”.

Por outro lado, verifica-se também que, depois de criar os filhos ou filhas, surge a necessidade de cuidar dos pais ou mães que se tornam dependentes por condições físicas ou mentais. Isso vem, muitas vezes, com a grande possibilidade de eles necessitarem de cuidado por um grande espaço de tempo, comprometendo o que restou do tempo que poderia ser dedicado a outras tarefas (SALGADO, 2002, p.3).

Qualquer análise sobre longevidade indica claramente que, em relação à sobrevivência, as mulheres são o sexo mais forte. O mundo contemporâneo do adulto de idade avançada, bem como o futuro, é e será predominantemente um mundo de mulheres. O aumento da longevidade ocorrido na população em nível mundial implica a existência de mais de uma geração de velhos(as) em uma mesma família, e as projeções demográficas indicam que, no futuro, essas gerações estarão compostas, principalmente, por mulheres velhas que, possivelmente, estejam cuidando de suas velhas mães ou avós.

Salgado (2002) afirma, ainda, que o aumento da expectativa de vida feminina também traz como consequência maior possibilidade de que, hoje em dia, a mulher viva mais tempo como avó. Devido às mudanças sociais ocorridas em nossa sociedade, o papel de auxílio exercido pela avó vem adquirindo maior notoriedade e importância, além de uma contínua ascensão. As avós exercem uma função importante dentro do sistema familiar, garantindo apoio tanto aos(às) filhos(as) quanto aos(às) netos(as). Podemos afirmar, portanto, que “[...] a velhice se feminilizou [...]” (SALGADO, 2002, p. 9) e essa atual situação requer uma série de investimentos em políticas sociais, para garantir a essas mulheres idosas maior qualidade de vida.

As políticas sociais assumem um papel importante nesse contexto de maior participação e discussões por melhores condições de vida para esse grupo etário, pois o envelhecimento populacional vem adquirindo maior notoriedade nos últimos

anos e, com o aumento da expectativa de vida, crescem também as necessidades em investimentos públicos.

1.6 AS POLÍTICAS SOCIAIS E O ENVELHECIMENTO

A questão social surge na Europa, em meados do século XIX, num contexto de lutas políticas e ideológicas a respeito das desigualdades existentes na época, e continua sendo um dos desafios da sociedade atual. Borba (2011, p. 26) afirma:

Na sociedade capitalista, o papel exercido pelo Estado sempre se modificou de acordo com a dinâmica das forças sociais e políticas, sendo possível afirmar que a questão social é um fenômeno inerente às relações sociais no modo de produção capitalista e as políticas sociais estão intimamente relacionadas ao reconhecimento e agravamento da questão social.

Iamamoto (2001) afirma que a questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais na sociedade capitalista e teve início no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana, e expressa disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais. Assim afirma a autora: “Esse processo é denso de conformismos e rebeldias, forjados ante as desigualdades sociais, expressando a consciência e a luta pelo reconhecimento dos direitos sociais e políticos de todos os indivíduos sociais” (IAMAMOTO, 2001, p. 17).

Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos (IAMAMOTO, 2001, p. 17).

A respeito da questão social, Rosanvallon corrobora que é uma “[...] expressão criada no fim do século XIX, refere-se às disfunções da sociedade industrial emergente” (ROSANVALLON, 1998, p. 23).

A fim de tentar intervir e modificar a dinâmica social, o Estado passa a criar regras nas quais o mercado opera sobre as relações sociais. Assim, de acordo com Borba (2011), compreende-se que as políticas públicas, entre as quais as políticas sociais, embora possam ser contraditórias, se apresentam como campo de possibilidades de fortalecimento da democracia no seu sentido amplo (político, social e econômico), uma estratégia de alargamento dos direitos sociais e da construção de uma sociedade baseada na justiça e na equidade.

Behring (2006) aponta que a existência de políticas sociais é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se. E ocorreu principalmente quando houve um reconhecimento da questão social, no momento em que os trabalhadores assumiram um papel político e revolucionário.

De acordo com Silva (2004), é possível afirmar que

[...] a política social é concebida como uma arena de confronto de interesses contraditórios em torno do acesso à riqueza social, na forma de parcela do excedente econômico apropriada pelo Estado. A política social está em permanente contradição com a política econômica, uma vez que aquela confere primazia às necessidades sociais, enquanto esta tem como objeto fomentar a acumulação e a rentabilidade dos negócios na esfera do mercado. Combinam-se, então, as duas funções básicas do Estado capitalista: criar condições que favoreçam o processo de acumulação e articular mecanismos de legitimação da ordem social e econômica. [...] O que equivale dizer que as políticas públicas, sociais e econômicas, longe da ideia de consenso social, são expressões de conflitos de interesses das camadas e classes sociais. Posições em confronto na sociedade expressam-se no Estado, privilegiada arena de luta política, em torno das políticas sociais e econômicas, ou seja, segundo os interesses preponderantes em determinadas conjunturas históricas (SILVA, 2004, p. 32).

De acordo com Borba (2011), o debate sobre as políticas sociais emergiu desde o século XIX, com o agravamento da questão social e o acirramento das lutas de classe, quando o Estado buscou promover a diminuição dos conflitos decorrentes desse processo por meio de formulações de políticas voltadas ao atendimento das demandas da classe trabalhadora. Tal modelo foi denominado Estado de Bem-Estar, promovido após a Segunda Guerra, e incluía serviços sociais universais, como saúde e educação, proteção ao trabalho, garantia do direito ao acesso a esses bens e serviços e o seu usufruto. Nesse modelo, a otimização da satisfação das necessidades humanas básicas se tornou uma tendência promissora.

Borba (2011) afirma que houve algumas mudanças que impactaram diretamente a vida dos trabalhadores, como a redução sucessiva do Estado na garantia de políticas públicas e do trabalho, como direitos fundamentais, transferindo-se em partes as responsabilidades do Estado para a sociedade civil, e que ocorreu uma consequente culpabilização dos sujeitos em “situação de risco ou vulnerabilidade”, como incapazes ou acomodados, como uma questão de responsabilidade individual

que depende da solidariedade moralista da sociedade civil, ressaltando o caráter assistencialista das políticas sociais voltados aos mais “vulneráveis”.

Desse modo, observa-se uma política social que vai contra seus princípios de cidadania e direitos sociais, conforme afirma Pereira (2008):

[...] sob a égide do capitalismo de feição neoliberal, a política social se transformou num campo minado de conflitos de interesses e de práticas experimentais [...]. Os cortes nos gastos sociais, o desmonte dos direitos sociais, a desqualificação das instituições de bem-estar, o questionamento do caráter público da política, o desprezo pelos pobres, dentre outros atentados contra um legado de conquistas [...], nunca foram neutros e sempre estiveram majoritariamente a serviço de interesses dominantes (PEREIRA, 2008, p. 16-17).

Portanto, de acordo com essa lógica, a prestação de bens e serviços não é garantida como direito de cidadania, mas como favor do Estado, ou do capital, aumentando as diferenças e exclusões, e os usuários não são percebidos como sujeitos de direito, e sim como beneficiários ou assistidos, sendo esses serviços ofertados na forma de políticas sociais e programas de caráter compensatório ou emergencial (BORBA, 2011).

No Brasil, a Assistência Social se constituía de práticas filantrópicas, de doações, e de auxílios e paulatinamente as questões do envelhecimento foram passando da órbita privada para a coletiva e, em 1988, ganharam um novo significado com a atual Constituição Federal. Segundo Justo e Rozendo (2011), a legislação do idoso regula direitos, políticas públicas, práticas, formas de tratamento, serviços, instituições, espaços e outras especificidades voltadas para a velhice, além de um conjunto de simbologias, imagens, ideais e valores, ultrapassando o campo das garantias de direitos e políticas públicas e influenciando, de maneira geral, a forma como a sociedade deve agir.

De acordo com esses autores, com base no processo constituinte de 1988, a velhice apareceu como objeto de preocupação da sociedade e do Estado, e, se antes ela era ignorada ou não era objeto de maiores preocupações, passou a ser assunto de importância nacional, de gestão pública planejada, e orientada científica e politicamente. E entre os direitos atribuídos à velhice pela Constituição de 1988, observa-se que a maioria está voltada para a seguridade social, saúde, previdência,

assistência e amparo, além de direitos, tais como: a indiscriminação por idade; o voto facultativo; o transporte coletivo urbano gratuito; a vantagem ao candidato mais velho em caso de empate em eleições; a isenção de impostos de acordo com a fonte de renda; a aposentadoria por idade aos segurados da previdência social e benefício de um salário mínimo mensal para os não assegurados da previdência social, que não podem prover sua própria subsistência (JUSTO; ROZENDO, 2011).

Logo, de acordo com a Constituição Federal de 1988: “A Família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988, art. 230). Sendo assim,

[...] o Estado brasileiro passa a reconhecer a assistência como parte de um sistema mais amplo de proteção social, de modo que sua articulação com as demais políticas torna-se obrigatória e indispensável, sendo condicionada, mas também condicionando as políticas sociais governamentais (BOSCHETTI, 2003, p. 77).

E Netto (apud TEIXEIRA, 2008, p. 21) ressalta:

O envelhecimento que, há 40 ou 50 anos atrás, era assunto que se restringia, quase exclusivamente, à esfera privada, familiar, passou, sobretudo depois dos anos 1960, nos países em desenvolvimento, como já ocorria nos países desenvolvidos, a se transformar numa questão de política pública, apesar de nunca romper com essas formas privadas de proteção social, considerando-se a baixa socialização da reprodução do trabalhador, via recursos públicos.

No Brasil, posteriormente teve início a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com o objetivo de consolidar um sistema descentralizado e participativo da assistência social, visando assegurar direitos que consistem em prestação de serviços pelo Estado e pela sociedade aos mais necessitados.

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social, o SUAS integra uma política de carácter nacional, que prevê uma organização participativa e descentralizada da assistência social, voltado para a família, tendo por principal tarefa o repasse de recursos federais para estados e municípios, prestação de contas e a maneira como os serviços e municípios estão organizados.

Todos esses programas são voltados para aqueles considerados mais necessitados, em situação de vulnerabilidade, ou que não tem condições de exercer um trabalho

com crianças, órfãos, deficientes, mulheres e idosos, os quais não têm meios de suprir sua subsistência, sendo os idosos nosso enfoque principal.

Avanços também foram alcançados com a implantação da Política Nacional do Idoso, de 1994, e o Estatuto do Idoso de 2003, que garantem importantes melhorias para o sistema de proteção e direitos ao cidadão envelhecido.

A Política Nacional do Idoso – Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – reforça o disposto na Constituição Federal de 88, quando apresenta como objetivo principal assegurar os direitos sociais do idoso para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994). A referida lei estabelece diretrizes para as políticas públicas voltadas aos idosos, estipulando finalidades, organização e gestão das ações e programas, além de promover o atendimento básico do idoso na área de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho, previdência social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer.

Essa lei criou também os Conselhos do Idoso nas esferas nacional, estadual e municipal como órgãos permanentes e deliberativos, responsáveis pela formulação, coordenação, supervisão e avaliação das políticas do idoso nas respectivas esferas da administração pública, com o principal intuito de inserir a iniciativa popular na gestão dos negócios públicos, principalmente em relação a sua fiscalização, como afirmam Justo e Rozendo (2011).

Já o Estatuto do Idoso – Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003, no seu art. 3.º –, retoma que a responsabilidade de cuidado com os idosos é dever da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público, sendo uma importante conquista para as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. No documento estão destacados os direitos fundamentais dessa população relacionados à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, e também define e regulamenta as medidas de proteção e políticas de atendimento, fixando obrigações e estipulando sanções para o descumprimento das regras, para minimizar as injustiças sociais por eles sofridas (BRASIL, 2003).

Conforme ressaltam Justo e Rozendo (2011, p. 46), o estatuto,

[...] legitimamente, reflete e ao mesmo tempo produz um sentimento nacional em relação à velhice. Após a sua promulgação, os idosos passaram a ser encarados de uma maneira diferenciada, como portadores de um Estatuto próprio de defesa de direitos, de proteção; um instrumento legal com poder de punição aos seus infratores. Dessa forma, possui um caráter universalista e disciplinador do entendimento que se tem da velhice e do tratamento que se deve dispensar a ela no cenário social. É fruto de um amplo consenso em torno do qual se uniram setores organizados dos próprios idosos, entidades prestadoras de serviços especializados, políticos que têm suas bases eleitorais e interesses nesse segmento, profissionais que atuam junto a essa população, pesquisadores e acadêmicos que elegem esse campo como local de seus objetos de estudo e investigação tornando-o uma especialidade da ciência.

E, apesar de reconhecer que, nos últimos anos, ocorreu uma série de avanços nas políticas sociais para as pessoas idosas, precisamos continuar lutando por melhorias para esse grupo populacional, como proteção à vida e à saúde, assim como também assegurar-lhe o respeito, a liberdade e a dignidade, pois, conforme afirmam Soares et al. (2014, p. 134):

Envelhecer com dignidade é um direito que requer investimento às políticas sociais, e participação de todos como mecanismo de acesso e controle. Tal questão requer desempenho de gestores, trabalhadores, comunidade, políticos – além das lideranças – mídia, atuando de forma interdisciplinar com vistas a alcançar o envelhecimento digno e saudável.

2 A MICRORREGIÃO SUDOESTE SERRANA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA

O estado do Espírito Santo possui uma regionalização em macrorregiões e microrregiões de planejamento de acordo com a Lei Estadual n.º 9.768, de 28/12/2011 (DOE-ES).

Como o conceito de região é diversas vezes abordado, podemos afirmar, de acordo com Corrêa (2003, p. 47), que

[...] a região é considerada uma entidade concreta, resultado de múltiplas determinações, ou seja, da efetivação dos mecanismos de regionalização sobre um quadro territorial já previamente ocupado, caracterizado por uma natureza já transformada, heranças culturais e materiais e determinada estrutura social e seus conflitos.

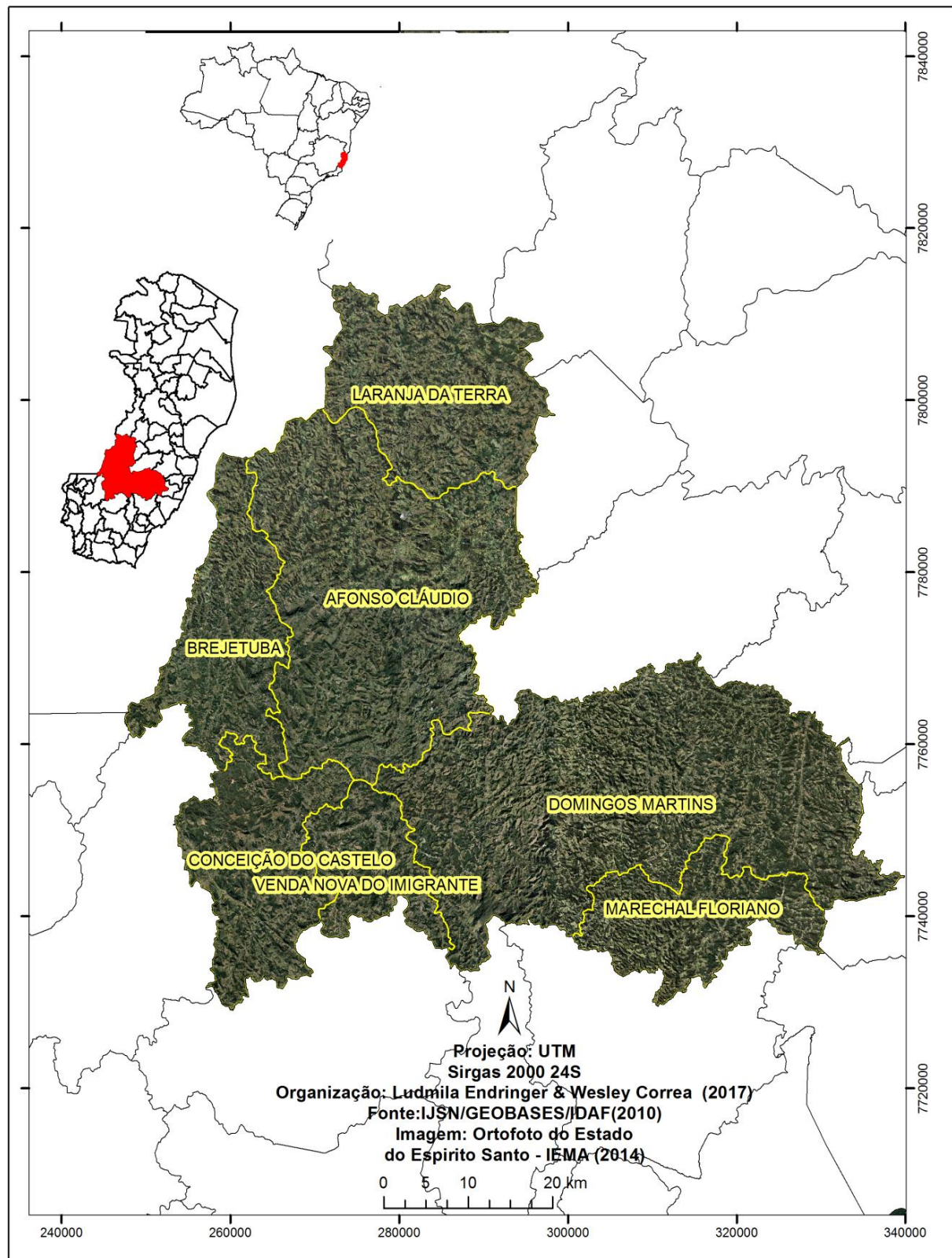
De acordo com o IJSN (2010), a divisão do território em regiões se caracteriza como uma necessidade fundamental para o desenvolvimento de estudos e para o planejamento e implementação de ações governamentais. Assim, afirma que, desde a Geografia Regional de Vidal de La Blache até os estudos do IBGE sobre a “Divisão Regional do Brasil” (GUIMARÃES, 1942), a regionalização tem sido destacada como um desafio para os pesquisadores e gestores. O autor ressalta que a divisão regional, de um país ou estado, pode ser estabelecida segundo aspectos naturais, econômicos, sociais, históricos, políticos, consolidando unidades territoriais com certo nível de homogeneidade geográfica. De acordo com Guimarães (1942), uma região deve ser caracterizada por um conjunto de fatores correlacionados entre si e não por um único fenômeno de forma isolada. Essa correlação é que confere à referida área geográfica certo grau de homogeneidade.

As macrorregiões de planejamento do Espírito Santo têm como base cidades regionais e compõem-se em Metropolitana, Norte, Central e Sul. Já o número de microrregiões que, até 2011, eram doze passou para dez. E, de acordo com o relatório de projeções populacionais para o Espírito Santo 2015-2030, “[...] a nova divisão levou em consideração também a necessidade de o Estado coordenar melhor os investimentos públicos, principalmente nas áreas de saúde, educação e segurança”; daí o sentido da denominação “microrregiões de gestão administrativa”.

As microrregiões de planejamento ficam definidas assim: Metropolitana; Central Serrana; Sudoeste Serrana; Litoral Sul; Central Sul; Caparaó; Rio Doce; Centro-Oeste; Nordeste e Noroeste. Essas microrregiões de planejamento, como recortes territoriais das macrorregiões de planejamento, devem objetivar a eficiência no processo de organização das ações do setor público e a realização das vocações produtivas dos espaços microrregionais combinada com a rede urbana.

O recorte espacial utilizado neste trabalho é a microrregião de planejamento Sudoeste Serrana formada pelos municípios de Afonso Cláudio, Brejetuba, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Laranja da Terra, Marechal Floriano e Venda Nova do Imigrante, (figura 1). Nesta região o trabalho focalizará o município de Domingos Martins, para o aprofundamento do estudo sobre o processo de envelhecimento.

Figura 1 – Microrregião Sudoeste Serrana



Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

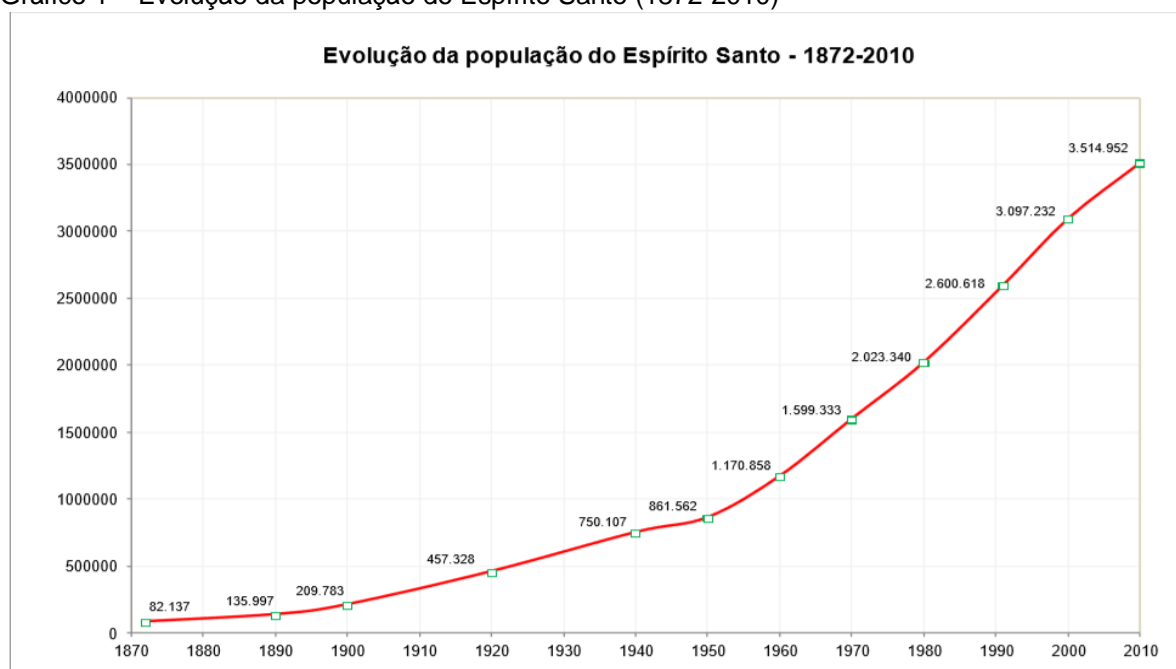
2.2 A POPULAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO E DAS MICRORREGIÕES

O estado do Espírito Santo está situado na Região Sudeste do país e é o menor e menos populoso Estado da região, com população de 3.514.952 habitantes, de acordo com o censo de 2010. Em 2017 atingiu a marca dos 4 milhões de habitantes. O Estado ocupa uma área de 46.098,1km² e apresenta densidade demográfica de 76,2 hab./km². Na classificação de estados mais populosos, o estado do Espírito Santo situou-se na 15.^a posição, representando 1,8% da população brasileira, evidenciando, em 2010, aumento de 13,5% (417.720 habitantes) em relação à população registrada em 2000 (3.097.232 pessoas residentes) (IJSN, 2010).

De acordo com o relatório realizado por Brasil e Castiglioni (2013) no censo de 1872, o Espírito Santo apresentava uma população de 82.137 habitantes, que representava menos de 1% (0,83%) da população brasileira, de 9.930.478 habitantes.

No gráfico 1, mostra-se a evolução da população de 1872 a 2010, nos anos em que houve recenseamento da população brasileira.

Gráfico 1 – Evolução da população do Espírito Santo (1872-2010)



Fonte: Brasil, Castiglioni, Felipe, 2015, p. 11.

Nota: Projeções populacionais para o Espírito Santo: 2015-2030, 2013 (Plano de Desenvolvimento: Espírito Santo 2030).

Na tabela 1, apresenta-se a população do Espírito Santo e das dez microrregiões do Estado nos censos de 1970 a 2010, além da área em km², de cada uma das regiões e de todo o ES. Observamos nessa tabela que a população da Microrregião Sudoeste Serrana passou de 86.828 habitantes em 1970 para 132.069 habitantes em 2010. Essa região tem uma área de 3.822,762km² e apresenta densidade demográfica de 34,55 hab./km². A microrregião menos povoada é a noroeste, com 24,16 hab./km², e a mais povoada é a RMGV, com 724,02 hab./km².

TABELA 1 – MICRORREGIÕES E ES: POPULAÇÃO RESIDENTE (HABITANTES), CENSOS DE 1970 A 2010 E ÁREA (KM²) EM 2010¹

| Microrregiões do ES e UF | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 | |
|--------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------------|
| | hab. | hab. | hab. | hab. | hab. | área (km ²) |
| RMGV | 418.273 | 753.959 | 1.136.842 | 1.438.596 | 1.687.704 | 2.331,029 |
| Central Serrana | 68.016 | 72.846 | 87.533 | 87.779 | 93.254 | 2.976,000 |
| Sudoeste Serrana | 86.828 | 93.198 | 108.803 | 124.675 | 132.069 | 3.822,762 |
| Litoral Sul | 81.346 | 89.580 | 111.112 | 138.810 | 155.270 | 2.783,884 |
| Central Sul | 183.959 | 206.164 | 246.342 | 291.011 | 312.305 | 3.732,482 |
| Caparaó | 130.134 | 132.651 | 155.789 | 172.494 | 178.187 | 3.831,713 |
| Rio Doce | 135.900 | 179.188 | 210.428 | 237.291 | 291.498 | 6.649,149 |
| Centro-Oeste | 195.600 | 210.002 | 210.610 | 236.225 | 256.673 | 5.600,882 |
| Nordeste | 138.112 | 143.543 | 197.909 | 222.879 | 254.526 | 8.018,158 |
| Noroeste | 161.155 | 142.209 | 144.250 | 147.472 | 153.466 | 6.352,512 |
| Espírito Santo | 1.599.333 | 2.023.340 | 2.600.618 | 3.097.232 | 3.514.952 | 46.098,571 |

Fonte: Adaptado pela autora, 2017, com base em Brasil, Castiglioni, Felipe, 2015, p. 12

Nota: Projeções populacionais para o Espírito Santo: 2015-2030, 2013 (Plano de Desenvolvimento: Espírito Santo 2030).⁽¹⁾ Os dados da população se referem à divisão regional atual.

Na tabela 2, observamos as populações dos municípios da Microrregião Sudoeste Serrana de 1970 a 2010. Em 2010, o município mais populoso era Domingos Martins, com 31.847 habitantes, e o município de Laranja da Terra o menos populoso, com 10.826 habitantes.

TABELA 2 – POPULAÇÃO RESIDENTE – ESPÍRITO SANTO, MICRORREGIÕES E MUNICÍPIOS (1970-2010)¹

| UF, Microrregião e Municípios | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
|-------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Espírito Santo | 1.599.333 | 2.023.340 | 2.600.618 | 3.097.232 | 3.514.952 |
| Sudoeste Serrana | 86.828 | 93.198 | 108.803 | 124.675 | 132.069 |
| Afonso Cláudio | 47.383 | 48.290 | 40.001 | 32.232 | 31.091 |
| Brejetuba | - | - | - | 11.687 | 11.915 |
| Conceição do Castelo | 14.992 | 17.324 | 10.533 | 10.910 | 11.681 |
| Domingos Martins | 24.453 | 27.584 | 35.598 | 30.559 | 31.874 |
| Laranja da Terra | - | - | 10.635 | 10.934 | 10.826 |
| Marechal Floriano | - | - | - | 12.188 | 14.262 |
| Venda Nova do Imigrante | - | - | 12.036 | 16.165 | 20.447 |

Fonte: Adaptado pela autora, 2017, com base em Brasil, Castiglioni, Felipe, 2015, p. 18.

Nota: Projeções populacionais para o Espírito Santo: 2015-2030, 2013 (Plano de Desenvolvimento: Espírito Santo 2030. ⁽¹⁾ Os dados da população se referem à divisão regional atual.

Na tabela 3, observamos a evolução da proporção de pessoas residentes em área urbana com relação tanto ao total da população por microrregiões quanto ao Espírito Santo e Brasil, no período de 1970 a 2010. A Microrregião Sudoeste Serrana é ainda predominantemente rural: em 1970, apresentava 15,33% de população urbana e, em 2010, a representação dos residentes em áreas urbanas subiu para 44,42%. Somente duas microrregiões do Estado, a Central Serrana e a Sudoeste Serrana, apresentam populações residindo predominantemente na região rural. A microrregião estudada apresenta o segundo menor percentual de urbanização do Estado. A distribuição da população nessas microrregiões reflete as atividades produtivas – a agricultura, em particular a cafeicultura, a fruticultura, a horticultura, associadas às atividades do agroturismo, a avicultura – praticadas em pequenas e médias propriedades, com importante participação da mão de obra familiar.

Tabela 3 – Urbanização – Evolução da proporção de pessoas residentes em área urbana com relação ao total da população – Microrregiões, ES e BR (1970-2010)¹

(continua)

| Microrregiões, ES e Brasil | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| RMGV | 83,14 | 97,12 | 97,44 | 98,19 | 98,30 |
| Central Serrana | 15,44 | 21,92 | 27,60 | 31,66 | 41,10 |
| Sudoeste Serrana | 15,33 | 21,27 | 27,79 | 35,64 | 44,42 |
| Litoral Sul | 23,44 | 41,46 | 53,20 | 61,90 | 68,11 |
| Central Sul | 48,98 | 59,30 | 66,27 | 74,04 | 79,26 |
| Caparaó | 30,75 | 40,46 | 48,47 | 56,15 | 62,59 |
| Rio Doce | 32,41 | 54,07 | 70,14 | 76,29 | 81,61 |

| Tabela 3 – Urbanização – Evolução da proporção de pessoas residentes em área urbana com relação ao total da população – Microrregiões, ES e BR (1970-2010) ¹ (conclusão) | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Centro-Oeste | 41,40 | 50,37 | 61,85 | 66,46 | 71,50 |
| Nordeste | 30,44 | 43,19 | 66,05 | 73,28 | 76,95 |
| Noroeste | 21,35 | 33,33 | 42,72 | 53,37 | 60,84 |
| ES | 45,14 | 63,91 | 74,01 | 79,52 | 83,40 |
| BR | 55,92 | 67,59 | 75,59 | 81,25 | 84,36 |

Fonte: Adaptado pela autora, 2017, com base em Brasil, Castiglioni, Felipe, 2015, p.16.

Nota: Projeções populacionais para o Espírito Santo: 2015-2030, 2013 (Plano de Desenvolvimento: Espírito Santo 2030. ⁽¹⁾ Os dados da população se referem à divisão regional atual.

2.3 ESTRUTURA DA POPULAÇÃO DO ES E DAS MICRORREGIÕES POR IDADE E SEXO

Distribuição do grupo dos idosos nos anos de 1970 a 2010

A proporção dos três grandes grupos etários² é a percentagem de cada um dos grandes grupos etários no conjunto da população, a saber:

- Grupo de 0-14 anos: jovens (considerados potencialmente inativos);
- Grupo de 15-64 anos: adultos (considerados potencialmente ativos);
- Grupo de 65 anos ou mais: idosos (considerados potencialmente inativos).

Na análise mais geral, realizada em nível de microrregiões, foi utilizada a classificação do grupo idoso como se fosse o grupo etário de 65 anos ou mais, pois ele representa melhor a realidade local em relação ao envelhecimento.

Na tabela 4 a seguir, representa-se a distribuição do grupo dos idosos (65 anos ou mais) nas microrregiões, no Espírito Santo e no Brasil. Em 1970, observamos que a Microrregião Sudoeste Serrana apresentava um valor de 3,0% um pouco abaixo do nível do Brasil, porém ainda superava o Espírito Santo. Durante os anos seguintes, essa região tem apresentado aumento gradativo, apresentando o valor de 4,3% em 1980, 5,0% em 1991, 6,2% em 2000 e 8,2% em 2010, superando os índices estaduais e nacionais. O grupo jovem, de 0 a 14 anos, apresentou tendências contrárias: sua representação declinou de 44,9% a 22,7% entre 1970 e 2010.

² Fórmula de cálculo: $(Py/Pt) \times 100$, em que Py representa o contingente de cada um dos grandes grupos etários e Pt representa a população total. Os limites dos grupos podem também ser: 0-14 anos, 15-59 anos, 60 anos ou mais.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO DOS IDOSOS (65 +) NAS MICRORREGIÕES, ES E BRASIL (1970-2010)¹

| Microrregiões, ES e Brasil | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| RMGV | 3,0 | 3,4 | 3,7 | 4,9 | 6,4 |
| Central Serrana | 3,7 | 5,0 | 5,7 | 7,0 | 8,8 |
| Sudoeste Serrana | 3,0 | 4,3 | 5,0 | 6,2 | 8,2 |
| Litoral Sul | 3,2 | 4,8 | 5,1 | 6,1 | 8,0 |
| Central Sul | 3,4 | 4,8 | 5,4 | 6,5 | 8,3 |
| Caparaó | 3,3 | 4,9 | 5,6 | 6,9 | 8,5 |
| Rio Doce | 2,3 | 3,4 | 3,9 | 5,0 | 6,0 |
| Centro-Oeste | 2,5 | 3,9 | 5,1 | 6,5 | 8,2 |
| Nordeste | 2,1 | 3,9 | 3,8 | 5,1 | 6,6 |
| Noroeste | 2,1 | 3,9 | 4,7 | 6,4 | 8,4 |
| ES | 2,8 | 3,9 | 4,3 | 5,5 | 7,1 |
| BR | 3,1 | 4,0 | 4,8 | 5,9 | 7,4 |

Fonte: Adaptado pela autora, 2017, com base em Brasil, Castiglioni, Felipe, 2015, p. 34-35.

Nota: Projeções populacionais para o Espírito Santo: 2015-2030, 2013 (Plano de Desenvolvimento: Espírito Santo 2030). ⁽¹⁾ Os dados da população se referem à divisão regional atual.

Razão de dependência (RD)

É a relação entre a população inativa, jovem e idosa e a população em idade ativa. Define-se como o quociente entre o somatório de pessoas com idades compreendidas entre 0-14 anos e as pessoas com 65 anos ou mais, e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15-64 anos. Geralmente é expresso em percentagem (por cem pessoas com 15-64 anos)³.

Na tabela 5, mostra-se a razão de dependência total para as microrregiões, o Espírito Santo e o Brasil. Para 1970, a Microrregião Sudoeste Serrana apresentou o valor de 92,0 pessoas inativas por 100 pessoas ativas, o ES 90,9 e o Brasil 82,6. Os valores elevados da razão de dependência refletem a estrutura jovem das populações, constituídas por um número elevado de crianças. Já em 2010, observamos uma queda considerável nesses valores: a Microrregião Sudoeste Serrana apresentou o valor de 44,7, o ES 43,3 e o Brasil 45,9 pessoas teoricamente inativas por cem pessoas teoricamente ativas, ou seja, houve uma nítida diminuição

³ Fórmula de cálculo: $RDt = [(P1 + P2) / P3] \times 100$; em que:

P1: população com idades compreendidas entre 0-14 anos;

P2: população com idade igual ou superior a 65 anos; e

P3: população com idades entre 15-64 anos.

do peso dos inativos sobre os ativos, em escala regional, estadual e nacional, pois, nessa fase, o principal componente da redução é a diminuição da fecundidade.

TABELA 5 – RAZÃO DE DEPENDÊNCIA TOTAL: ES, REGIÕES E BRASIL (1970-2010)¹

| Microrregiões, ES e Brasil | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| RMGV | 80,8 | 64,9 | 60,1 | 48,6 | 41,0 |
| Central Serrana | 82,2 | 71,8 | 65,6 | 55,2 | 44,1 |
| Sudoeste Serrana | 92,0 | 80,5 | 67,8 | 53,9 | 44,7 |
| Litoral Sul | 97,4 | 82,1 | 68,6 | 54,0 | 44,9 |
| Central Sul | 87,0 | 69,2 | 62,4 | 52,7 | 43,4 |
| Caparaó | 91,5 | 81,0 | 71,2 | 58,9 | 48,5 |
| Rio Doce | 97,5 | 83,7 | 70,7 | 56,1 | 45,3 |
| Centro-Oeste | 94,0 | 77,1 | 63,2 | 51,6 | 42,8 |
| Nordeste | 106,6 | 94,4 | 74,5 | 58,9 | 48,3 |
| Noroeste | 101,9 | 90,5 | 70,7 | 57,0 | 47,4 |
| ES | 90,9 | 74,4 | 64,5 | 52,0 | 43,3 |
| BR | 82,6 | 73,2 | 65,4 | 54,9 | 45,9 |

Fonte: Adaptado pela autora, 2017, com base em Brasil, Castiglioni, Felipe, 2015, p. 39.

Nota: Projeções populacionais para o Espírito Santo: 2015-2030, 2013 (Plano de Desenvolvimento: Espírito Santo 2030. ⁽¹⁾ Os dados da população se referem à divisão regional atual.

A razão de dependência total mostra o peso que os grupos inativos têm sobre a população ativa e também pode ser realizada em separado (razão de dependência dos idosos e dos jovens), o que nos indica o peso que cada um desses dois grupos exerce sobre a população ativa. Esses indicadores mostram em que fase da transição demográfica encontra um país, uma região.

A razão de dependência de idosos é a relação entre a população idosa e a população em idade ativa. É definida como o quociente entre o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre 15 e 64 anos. Geralmente a relação é expressa por cem pessoas com 15-64 anos⁴.

Notamos como o Brasil avançou em relação à transição demográfica, pois observamos a diminuição da população inativa e um aumento da população potencialmente ativa, apresentando, portanto, uma situação de bônus demográfico, em que ocorre o aumento significativo da representação da população em idade

⁴ Fórmula de cálculo: **RDi** = (P1 ÷ P2) x 100, em que:

P1: população com idade igual ou superior a 65 anos; e

P2: população com idades entre 15 e 64 anos.

ativa (de 15 a 64 anos), e levando a uma situação de menor dependência, o que abre uma janela de oportunidades para o crescimento econômico e a melhoria nas condições de vida.

Ao analisarmos a tabela 6 referente à Microrregião Sudoeste Serrana, verificamos que a razão de dependência total de 1970 foi 92,0, ou seja, para cada grupo de cem pessoas com idade potencialmente ativa (15-64 anos) havia 92,0 potencialmente inativas (0-14 e 65 ou mais), em sua maioria jovens. A razão de dependência dos jovens era de 86,2 maior que a dos idosos (5,8). Notamos, assim, que havia uma sobrecarga dos grupos inativos sobre o grupo dos ativos, decorrente da participação do grupo de jovens. Já em 2010, a razão de dependência total apresentou um valor de 44,7, a razão de dependência dos jovens caiu para 32,8 e a dos idosos subiu para 11,9, diminuindo consideravelmente a sobrecarga sobre a população ativa. As razões de dependência de jovens e idosos apresentam tendências opostas, enquanto a razão de dependência dos jovens declina, acompanhando a razão de dependência total, a dos idosos apresenta tendência crescente.

TABELA 6 – RAZÃO DE DEPENDÊNCIA DEMOGRÁFICA – REGIÃO SUDOESTE SERRANA (1970-2010)

| Razão de dependência | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
|---|------|------|------|------|------|
| Total: (RD) | 92,0 | 80,5 | 67,8 | 53,9 | 44,7 |
| Jovens: (0-14)^b – (RDJ) | 86,2 | 72,8 | 59,5 | 44,4 | 32,8 |
| Idosos: (65+) – (RDI) | 5,8 | 7,7 | 8,3 | 9,5 | 11,9 |

Fonte: Adaptado pela autora, 2017, com base em Brasil, Castiglioni, Felipe, 2015, p. 38.

Nota: Projeções populacionais para o Espírito Santo: 2015-2030, 2013 (Plano de Desenvolvimento: Espírito Santo 2030. ⁽¹⁾ Os dados da população se referem à divisão regional atual.

Índice de envelhecimento (IE)

É a relação entre a população idosa e a população jovem⁵. Os índices de envelhecimento em 1970 para a Microrregião Sudoeste Serrana, Espírito Santo e o Brasil, dispostos na tabela 7, apresentam, respectivamente, os valores 6,7, 6,3 e 7,5. A Microrregião Sudoeste Serrana apresenta valor superior ao da média estadual,

⁵ Habitualmente definido como o quociente entre o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e o número de pessoas com idades entre 0-14 anos. Geralmente é expresso em porcentagem (por cem pessoas com idades entre 0-14 anos).

Fórmula de cálculo: $IE = (P1 / P2) \times 100$; em que:

P1: população com idade igual ou superior a 65 anos; e

P2: população com idades entre 0-14 anos.

porém inferior ao da média nacional. Os valores do Estado e da microrregião refletem os elevados modelos de fecundidade vigentes nos meados do século passado e nas primeiras décadas de sua segunda metade.

TABELA 7 – ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO – ES, REGIÕES E BRASIL (1970-2010)¹

| Microrregiões, ES e Brasil | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
|----------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| RMGV | 7,1 | 9,5 | 11,0 | 17,4 | 28,4 |
| Central Serrana | 9,0 | 13,6 | 16,9 | 24,6 | 40,6 |
| Sudoeste Serrana | 6,7 | 10,6 | 14,0 | 21,4 | 36,2 |
| Litoral Sul | 7,0 | 12,0 | 14,4 | 20,9 | 34,6 |
| Central Sul | 8,0 | 13,3 | 16,2 | 23,3 | 37,6 |
| Caparaó | 7,3 | 12,2 | 15,7 | 23,0 | 35,4 |
| Rio Doce | 4,8 | 8,0 | 10,4 | 16,2 | 24,0 |
| Centro-Oeste | 5,4 | 10,0 | 15,0 | 23,6 | 37,7 |
| Nordeste | 4,2 | 8,8 | 9,8 | 16,0 | 25,4 |
| Noroeste | 4,3 | 8,9 | 12,7 | 21,6 | 35,5 |
| ES | 6,3 | 10,2 | 12,5 | 19,3 | 30,8 |
| BR | 7,5 | 10,5 | 13,9 | 19,8 | 30,7 |

Fonte: Adaptado pela autora, 2017, com base em Brasil, Castiglioni, Felipe, 2015, p. 146.

Nota: Projeções populacionais para o Espírito Santo: 2015-2030, 2013 (Plano de Desenvolvimento: Espírito Santo 2030. ⁽¹⁾ Os dados da população se referem à divisão regional atual.

Devido aos avanços ocorridos nas áreas da saúde e assistência nas últimas décadas, ocorreu uma elevação considerável nesse índice, se comparado com os dados de 2010. Neste ano, a Microrregião Sudoeste Serrana apresentou um valor de 36,2, o Espírito Santo 30,8 e o Brasil 30,7. Esse aumento nos índices é resultado principalmente da diminuição da fecundidade, mas também decorre do avanço do processo de envelhecimento.

Razão de sexo (RS)

É o quociente entre os efetivos populacionais do sexo masculino e os do sexo feminino, multiplicado por 100⁶. Na tabela 8, observamos que, em 1970, a razão de sexo da Microrregião Sudoeste Serrana apresentou um valor de 103,96, revelando uma predominância masculina, assim como no Espírito Santo, que apresentou um valor de 101,49, diferentemente do Brasil, que possuía uma predominância feminina,

⁶ Fórmula de cálculo: **RS** = (H / M) x 100; em que:

H: população do sexo masculino; e

M: população do sexo feminino.

traduzida pela razão de sexo de 98,98, ou seja, para cada grupo de cem mulheres havia 98,98 homens.

Essa elevada participação masculina na Microrregião Sudoeste Serrana prevaleceu até 2010, quando apresentou a razão de sexo de 103,12. Diferentemente, a participação masculina no Espírito Santo foi-se reduzindo com o passar dos anos, e, em 2010, o indicador evoluiu para 97,0 e a população do Brasil continuou com uma participação feminina mais elevada, apresentando um valor de 95,95 homens para cada cem mulheres em 2010. A predominância masculina é uma tendência apresentada pelas regiões rurais; logo, essa prevalência masculina na microrregião estudada se justifica pelo fato de a agricultura ser a principal fonte econômica da região e, nesse setor, a mão de obra masculina ainda ser superior à feminina. Além disso, na segunda metade do século passado, a migração rural-urbana transferiu um elevado contingente feminino que se deslocou para estudar ou trabalhar em setores urbanos, migrando principalmente para a região metropolitana.

Constata-se também que, nas idades mais jovens, predomina o sexo masculino. Isso ocorre em virtude de o número de nascimentos de homens ser superior ao de mulheres, porém, com o passar dos anos, percebemos a tendência de uma inversão desses dados, pois o número de mulheres aumenta principalmente nas faixas etárias acima de 65 anos, o que se deve a fatores comportamentais e biológicos, acarretando a feminização dos idosos, conforme já abordamos anteriormente. Observa-se que as duas microrregiões serranas são as que apresentam os maiores níveis da razão de sexo em decorrência das atividades econômicas e dos modos de produção, já ressaltados anteriormente.

| Tabela 8 – Razão de sexo (total) – ES, microrregiões e Brasil (1970-2010) ¹ | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| (continua) | | | | | |
| Microrregiões, ES e Brasil | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
| RMGV | 95,80 | 97,54 | 95,52 | 94,15 | 93,97 |
| Central Serrana | 103,49 | 106,37 | 107,15 | 105,81 | 103,93 |
| Sudoeste Serrana | 103,96 | 105,94 | 105,77 | 105,32 | 103,12 |
| Litoral Sul | 105,59 | 106,10 | 105,17 | 103,46 | 100,78 |
| Central Sul | 100,98 | 101,74 | 100,60 | 99,18 | 97,83 |
| Caparaó | 102,72 | 103,78 | 103,27 | 102,35 | 100,32 |
| Rio Doce | 107,93 | 106,04 | 102,36 | 100,34 | 100,2 |
| Centro-Oeste | 102,35 | 102,45 | 99,93 | 99,79 | 98,55 |

| Tabela 8 – Razão de sexo (total) – ES, microrregiões e Brasil (1970-2010) ¹ | | | | | |
|--|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | | (conclusão) |
| Nordeste | 103,25 | 103,21 | 103,48 | 101,15 | 99,56 |
| Noroeste | 104,32 | 104,44 | 103,77 | 102,87 | 101,34 |
| ES | 101,49 | 101,55 | 99,58 | 98,23 | 97,06 |
| BR | 98,98 | 98,73 | 97,50 | 96,93 | 95,95 |

Fonte: Adaptado pela autora, 2017, com base em Brasil, Castiglioni, Felipe, 2015, p. 52.

Nota: Projeções populacionais para o Espírito Santo: 2015-2030, 2013 (Plano de Desenvolvimento: Espírito Santo 2030. ⁽¹⁾ Os dados da população se referem à divisão regional atual.

Idade mediana

Esse indicador é aquele que divide a população em duas metades, ou seja, é um valor central que indica que 50% da população tem idade inferior a esse valor e 50% superior. Ao observarmos a tabela 9, verificamos que, nos anos de 1970, a Microrregião Sudoeste Serrana apresentava uma mediana de 16,76, valor bem próximo da realidade estadual, que apresentava o valor de 16,72, e inferior à nacional, que apresentava uma mediana de 17,90, refletindo a juventude da estrutura etária local, já mencionada.

Os valores da mediana evoluíram, no período analisado, para valores mais elevados, em nível tanto regional quanto estadual e nacional. Em 2010, a Microrregião Sudoeste Serrana apresentou um valor de 30,68, o ES 28,98 e o Brasil 28,56. Esses resultados indicam, como os outros indicadores analisados, que o envelhecimento da Microrregião Sudoeste Serrana é mais acentuado que os do ES e do país, apresentando o quarto maior valor dentre as microrregiões, possivelmente devido à ação conjugada da transição demográfica mais avançada e da emigração de jovens.

| Tabela 9 – Idade mediana ES, regiões e Brasil (1970-2010) ¹ | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | | (continua) |
| Microrregiões, ES e Brasil | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
| RMGV | 17,77 | 20,69 | 22,63 | 25,67 | 28,94 |
| Central Serrana | 17,78 | 20,65 | 22,62 | 25,83 | 31,06 |
| Sudoeste Serrana | 16,76 | 18,32 | 21,68 | 25,30 | 30,68 |
| Litoral Sul | 16,33 | 18,28 | 21,82 | 25,36 | 30,57 |
| Central Sul | 17,22 | 20,47 | 23,19 | 26,38 | 30,99 |
| Caparaó | 16,79 | 18,50 | 21,71 | 23,88 | 28,96 |
| Rio Doce | 15,96 | 17,62 | 20,73 | 23,15 | 27,61 |

| Tabela 9 – Idade mediana ES, regiões e Brasil (1970-2010) ¹ | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | | (conclusão) |
| Centro-Oeste | 16,29 | 18,29 | 22,50 | 26,22 | 31,07 |
| Nordeste | 15,19 | 16,84 | 20,05 | 22,70 | 27,55 |
| Noroeste | 15,54 | 17,11 | 20,83 | 25,02 | 30,38 |
| ES | 16,72 | 18,73 | 22,10 | 25,39 | 28,98 |
| BR | 17,90 | 20,16 | 22,18 | 25,16 | 28,56 |

Fonte: Adaptado pela autora, 2017, com base em Brasil, Castiglioni, Felipe, 2015, p. 53.

Nota: Projeções populacionais para o Espírito Santo: 2015-2030, 2013 (Plano de Desenvolvimento: Espírito Santo 2030. ⁽¹⁾ Os dados da população se referem à divisão regional atual.

2.4 OS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO SUDOESTE SERRANA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO IDOSA

Após a análise dos indicadores populacionais dos municípios que compõem a Microrregião Sudoeste Serrana, realizamos um estudo de campo com o objetivo de conhecer a realidade local dos municípios em relação às políticas públicas destinadas ao grupo etário idoso, assim como coletar informações, entrevistar os responsáveis pelo atendimento ao idoso de cada localidade e verificar a participação desse grupo nas atividades que são desenvolvidas.

Verificamos que, em todos os municípios pesquisados, se realizam os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, que são desenvolvidos pelo Serviço de Assistência Social Municipal. De acordo com o documento de Orientações Técnicas para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para pessoas idosas (BRASIL, 2012)⁷, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) estabelece dois tipos de proteção social que devem ser assegurados pelo Estado para a população: a proteção social básica e a proteção social especial: a proteção social básica tem os seguintes objetivos: “[...] prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários” (BRASIL, 2005, p. 33); já a proteção social especial é “[...] a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social [...]” (BRASIL, 2005, p. 37).

⁷ Documento referência disponível em: Disponível em: <<https://craspsicologia.files.wordpress.com/2013/09/orientacoes-tecnicas-do-scfv-para-pessoas-idosas.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Neste caso, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo está inserido como proteção social básica, possui natureza preventiva, visando ao desenvolvimento de potencialidades e prevenção de riscos de seus usuários, que são vistos como sujeitos de direito. Esse serviço deve ser capaz de garantir a segurança tanto de acolhida e do desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social quanto do convívio familiar. De acordo com o documento, a família tem o papel fundamental na vida do idoso, pois ela deve garantir proteção e cuidado e principalmente estabelecer vínculos afetivos entre seus membros. Assim como a família exerce uma importante função no bem-estar do idoso, a convivência comunitária e social reforça a interação no espaço público e as relações com seu entorno social (BRASIL, 2012).

Alguns estudos apontam a importância do suporte social na qualidade de vida da pessoa idosa, pois se considera que uma rede social ampla formada por amigos, vizinhos e comunidade em geral contribui para melhor enfrentamento de situações de crises e fortalece a autoestima e autoconfiança diante das dificuldades diárias (BRASIL, 2012). Zimerman (2000) afirma que, por meio das experiências, interações e oportunidades de vivências, surgirão mudanças no comportamento, tanto como indivíduos quanto como elementos do sistema, e que, com o auxílio de grupos de convivência, o indivíduo reconhece sua importância para melhor socialização e formação de vínculos, pois:

Um grupo só se torna grupo, isto é, mais do que a soma de indivíduos, quando desenvolve um determinado tipo de relacionamento, um vínculo, uma força, que dá a ele um sentido de pertencer. Em todo grupo se produz uma força interna que regula a conduta dos seus membros e os faz comportarem-se de uma maneira peculiar, distinta do comportamento que assumiram os membros individualmente e distinta da interação de outro grupo qualquer (ZIMERMAN, 2000, p. 75).

Assim, buscamos pesquisar, nos municípios da Microrregião Sudoeste Serrana, como são realizados os encontros com o público idoso, quais e como são as atividades desenvolvidas nos grupos e centros de convivência, quais os equipamentos públicos existentes em cada localidade para dar o suporte de que a população envelhecida necessita, como são construídas as vias e os órgãos públicos, se possuem as adaptações necessárias e se oferecem o suporte de que o idoso necessita para usufruir o seu direito de vivenciar a cidade.

2.4.1 Afonso Cláudio

O município de Afonso Cláudio está localizado a 136km da capital Vitória e limita-se ao norte com os municípios de Laranja da Terra e Itarana, ao sul com os municípios de Domingos Martins, Venda Nova do Imigrante e Conceição do Castelo, ao leste com o município de Santa Maria de Jetibá e ao oeste com os municípios de Brejetuba e Mutum. Possui uma área de 941,188Km², população de 31.091 habitantes (IBGE, 2010) e densidade demográfica de 32,68hab/km² e está dividido administrativamente em sete distritos: sede, Fazenda Guandu, Ibicaba, Piracema, Pontões, São Francisco Xavier do Guandu e Serra Pelada. É conhecido como “cidade das cachoeiras”, cuja economia está baseada na agricultura e possui um pequeno polo industrial.

Os trabalhos voltados para a população idosa se iniciaram em 1991 e atualmente são coordenados por uma assistente social⁸. Na sede são atendidos cerca de 180 idosos, cujos encontros são realizados todos os dias da semana, de segunda a sexta-feira, das 13h às 16h30, no Centro de Convivência “Fonte de Luz” (figura 46 – ANEXO D), que é adaptado para atender todos os idosos, possuindo rampas e banheiros com barras de segurança. Nesse local, são realizadas diversas atividades, como artesanato, costura, dança (forró), bingo. O município atende por mês, em média, 900 idosos. Além da sede, possui sete centros de convivências: São Francisco, Serra Pelada, Mata Fria, Ibicaba, Vila Pontões, Fazenda Guandu e Piracema. Todas as localidades são atendidas por um gestor e contam com a colaboração de dois educadores sociais e um educador físico. Cada Centro de Convivência realiza anualmente dois passeios, e os locais são escolhidos pelos idosos.

A cidade possui equipamentos públicos de lazer, como as praças saudáveis e academias populares, e existem projetos que realizam atividades monitoradas por educadores físicos nesses locais. Na Praça Saudável (figura 2), as atividades são realizadas duas vezes na semana com o educador físico. Na Praça Aderbal Galvão, no centro da cidade (figura 3), acontecem os projetos “Vida Ativa”, onde são

⁸ Yasmin Almonfrey é a assistente social responsável pelo atendimento ao idoso no município.

realizadas atividades livres duas vezes na semana, com a participação de toda a população, principalmente dos idosos, e “Vovô na Praça”, em parceria com os idosos da Sociedade Civil de Amparo à Velhice “Ninho de Amor”. Este projeto é realizado semanalmente, às sextas-feiras, e, de acordo com o informativo regional “Montanhas Capixabas”⁹, “O contato com outras pessoas, a prática de atividades físicas, coordenação motora, respiração, e atividades lúdicas e de socialização, são os principais objetivos do programa [...]”¹⁰. Os exercícios elaborados pelos responsáveis possibilitam que os idosos desenvolvam habilidades para realizar suas funções nas atividades diárias, elevando, assim, sua autoestima e socialização. Com isso, segundo a equipe do projeto, os idosos têm melhor qualidade de vida e menos risco de doenças, como depressão e ansiedade.

Figura 2 – Praça Saudável de Afonso Cláudio



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

⁹ Disponível em: <<http://m.montanhascapixabas.com.br/noticias-interna.php?codItem=10726>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

¹⁰ Idem.

Figura 3 – Projeto “Vovô na Praça” – Praça Aderbal Galvão



Fonte: Neves, 2017.

No Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) (figura 47 – ANEXO D), são desenvolvidas atividades de entrevista familiar, visitas domiciliares, atendimento psicossocial, palestras, cursos de informática, oficinas de artesanato (crochê, vagonite, pintura em tecido, bordados, manicure), oferecidas por voluntárias, as “Amigas do CRAS”, que realizam também eventos no intuito de arrecadar verbas e auxiliar algumas entidades locais, o serviço de convivência e fortalecimento de vínculos, entre outras atividades. O local foi construído com as adaptações necessárias para atender idosos e portadores de necessidades especiais e possui rampas de acesso, portas amplas e banheiros com barras de segurança. Com apoio do CRAS, também são realizadas festas, como a “Festa do Idoso” em julho, com a participação dos idosos locais, com desfile, bandas, apresentações de danças e outras atividades.

O município possui também o Conselho do Idoso, que realiza visitas aos centros de convivência, a fim de fiscalizar e relatar as atividades que estão sendo desenvolvidas, e produz relatórios que são encaminhados à assistência social.

Figura 4 – Artesanato realizado no CRAS de Afonso Cláudio



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

No município de Afonso Cláudio, está localizada a Sociedade Civil de Amparo à Velhice “Ninho de Amor” (figura 48 – ANEXO D), que iniciou suas atividades em 2 de julho de 2000 e atualmente atende 49 idosos, em sua maioria carentes, que dependem de auxílios que vêm da prefeitura, da maçonaria e das aposentadorias. Além dos cuidados básicos como alimentação e remédios, os idosos participam de atividades físicas com a orientação de educadores físicos e de projetos que ajudam no resgate das memórias (figuras 5 e 6) por meio de atividades lúdicas. Esse trabalho é realizado com os idosos que possuem condição física para se deslocarem, e os que não possuem boa mobilidade ou estão acamados recebem os cuidados de uma enfermeira. Todo o local é adaptado para atender os idosos com rampas de acessos e barras de segurança.

Figura 5 – Dinâmica com os idosos na Sociedade Civil de Amparo à Velhice “Ninho de Amor” – Afonso Cláudio



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 6 – Projeto “Resgatando Memórias” na Sociedade Civil de Amparo à Velhice “Ninho de Amor” – Afonso Cláudio



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Na área da saúde, o município possui uma Unidade de Saúde da Família (USF) (figura 49 – ANEXO D), na qual são feitas consultas com médicos generalistas e fisioterapeuta. O local não possui um médico geriatra, especialista na saúde do idoso. As principais atividades realizadas para a parcela idosa da população são as palestras sobre diabetes e hipertensão. O local é adaptado, de fácil acesso, está localizado no andar térreo e possui corredores amplos e banheiros adaptados.

Para atender a população, o município conta também o Hospital “São Vicente de Paulo” (figura 50 – ANEXO D). Neste local, o atendimento não é prioritário por idade do paciente, e sim pelo caráter emergencial do caso, mas na prática atende um público maioritariamente idoso.

2.4.2 Brejetuba

O município de Brejetuba está localizado a 147km da capital Vitória e limita-se com os municípios capixabas de Ibatiba, Muniz Freire, Conceição do Castelo, Afonso Cláudio e com os municípios mineiros de Mutum e Aimorés. O município possui uma área de 342.509km², uma população de 11.915 habitantes (IBGE, 2010) e densidade demográfica de 34,79hab/km² e está dividido em três distritos: Brejetuba sede, São Jorge do Oliveira e Santa Rita de Brejetuba. O município é conhecido atualmente como a Capital Nacional do Café, cuja produção e comércio são responsáveis aproximadamente por 90% da economia local.

Brejetuba emancipou-se do município de Afonso Cláudio em 15 de dezembro de 1995, cuja história é recente, assim como os trabalhos voltados para a parcela idosa da população, que foram iniciados em maio de 2004. Atualmente os trabalhos são coordenados por uma assistente social¹¹ e são realizados semanalmente, às sextas-feiras, das 13h às 16h, no pátio da Secretaria de Ação Social (figura 51 – ANEXO D).

O município conta com 100 idosos cadastrados no programa e com 50 idosos que frequentam regularmente os encontros promovidos pela Secretaria de Ação Social na sede do município. Nos encontros, as principais atividades são o forró, as palestras com temas diversos sobre saúde, que são realizadas com o apoio de enfermeiros, médicos e fisioterapeutas da prefeitura, viagens, festas, cursos de artesanato e informática. Há também outro grupo com 30 idosos aproximadamente, que se reúnem no distrito de São Jorge do Oliveira, e o forró é a principal atividade realizada. Nesse município, o limite para participar dos encontros e atividades é 50 anos, e não 60 anos como nas demais localidades, pois há um reduzido quantitativo de idosos participando efetivamente das atividades.

¹¹ Laudiene da Silva Peixoto de Assis é a assistente social responsável pelo atendimento ao idoso no município.

Há na cidade equipamentos públicos de lazer, como as praças saudáveis e academias populares, porém são pouco frequentadas pelos idosos, pois há falta de profissionais especializados para auxiliá-los nas atividades e exercícios. O município também necessita de mais profissionais para a realização e acompanhamento de atividades voltadas diretamente para os idosos, porque atualmente conta somente com a atuação de uma servidora.

No CRAS (figura 52 – ANEXO D), de acordo com informativo da prefeitura, desenvolvem-se atividades de entrevista familiar, visitas domiciliares, atendimento psicossocial, palestras, oficinas, e há o acompanhamento de pessoas com deficiência e idosos acima de 65 anos para o Benefício de Prestação Continuada (BPC)¹². O local foi construído com as adaptações necessárias para atender idosos e portadores de necessidades especiais e possui rampas de acesso, portas amplas e banheiros com barras de segurança.

Na área da saúde, o município possui a Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual se realizam consultas com médicos clínicos e especialistas, e um Pronto Atendimento (figura 53 – ANEXO D), que realiza atendimentos com caráter de urgência e emergência e conta com médicos generalistas, enfermeiros e fisioterapeutas, mas o local não possui um médico geriatra, especialista na saúde do idoso. Existe uma parceria com funcionários da saúde que, quando solicitados, contribuem nas atividades voltadas para a parcela idosa da população, com palestras e outras atividades. Nesse local, o atendimento não é prioritário por idade do paciente, e sim pelo caráter emergencial do caso. O local também é adaptado, de fácil acesso, está localizado no andar térreo e possui corredores amplos e banheiros adaptados.

Em 2007 foi criada a Política Municipal do Idoso e instaurado o Conselho Municipal de Defesa do Idoso, Lei n.º 333/2007, que são ações fundamentais para assegurar os direitos sociais das pessoas acima de 60 anos de idade, e tem por principais

¹² O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) é um benefício individual, não vitalício e intransferível. Instituído pela Constituição Federal de 1988, ele garante a transferência de um salário mínimo à pessoa idosa, com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência de qualquer idade, desde que comprovem não possuir meios de se sustentarem ou de ser sustentado pela família.

objetivos promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Entre as principais determinações da Política Municipal do Idoso, constata-se que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade e defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; que o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos; que o idoso não deve sofrer discriminação de nenhuma natureza; que ele deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas por meio dessa política. Ademais, as diferenças econômicas, sociais e particularmente as contradições entre o meio rural e o urbano deverão ser observadas pelo Poder Público e pela sociedade em geral. O Decreto n.º 642/2007 nomeou membros para compor o Conselho Municipal de Defesa do Idoso, no qual constam representantes do Poder Público e da Sociedade Civil (ambos os documentos estão anexos).

2.4.3 Conceição do Castelo

O município de Conceição do Castelo está localizado a 122km da capital Vitória e limita-se ao norte com Brejetuba e Afonso Cláudio, ao sul com Castelo, ao leste com Venda Nova do Imigrante e ao oeste com Muniz Freire. O município possui uma área de 369,231km², uma população de 11.681 habitantes (IBGE, 2010) e densidade demográfica de 31,64hab./km². O município tem na sede seu único distrito. Esta cidade possui muitos remanescentes de Mata Atlântica, cuja principal atividade econômica é a produção de café.

Os trabalhos realizados com a terceira idade se iniciaram em 1997, atualmente estão sob a coordenação de uma assistente social¹³ e são realizados semanalmente, às quartas-feiras, das 11h às 16h, no Centro de Convivência, que se encontra em reforma. O município possui cerca de 300 idosos cadastrados no programa e 130 idosos que frequentam regularmente os encontros promovidos pela Secretaria de Ação Social, nos quais as principais atividades são forró, danças, oficinas, artesanato, ginástica, alongamentos e hidroginástica.

¹³ Luzia Driusso é a assistente social responsável pelo atendimento ao idoso no município.

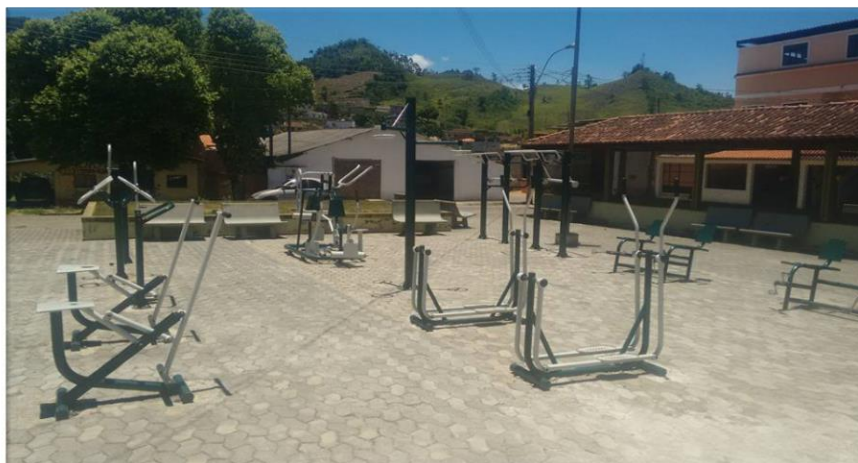
Figura 7 – Grupo da Terceira Idade de Conceição do Castelo



Fonte: Coordenação do Grupo da Terceira Idade, 2017.

Em relação às atividades físicas e exercícios, foi constatado que, em cada bairro da cidade, existe uma praça em que foram construídas academias populares. Os idosos são auxiliados na prática dos exercícios por pessoas especializadas, os quais costumam frequentar esses espaços regularmente.

Figura 8 – Praça Saudável em Conceição do Castelo



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

No CRAS (figura 54 – ANEXO D), não são desenvolvidas atualmente atividades voltadas para o público idoso. De acordo com o relato de funcionárias do serviço social, em 2017 será iniciado um trabalho de convivência e fortalecimento de vínculo. Elas afirmam, ainda, que sentem necessidade de políticas públicas voltadas para os mais idosos e aqueles que se encontram acamados, pois atualmente todas

as atividades desenvolvidas contemplam os idosos mais “jovens” e saudáveis. O local onde o CRAS está localizado possui uma rampa de acesso, o que facilita a locomoção dos idosos, porém os banheiros não estão adaptados com portas amplas e barras de segurança.

Em relação à saúde do idoso, o município atende à população no posto de saúde e no Hospital Nossa Senhora da Penha (figura 55 – ANEXO D), ambos municipais. O posto de saúde não possui médico geriatra, somente fisioterapeuta e médico clínico geral que atende à população e a encaminha para especialistas quando necessário, e os idosos são atendidos prioritariamente. No hospital, essa realidade se repete, por se tratar de um pronto atendimento, também não possui geriatra, e os casos são atendidos por médicos generalistas de acordo com a urgência, não mais pela idade. Os médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) fazem visitas domiciliares e acompanham alguns pacientes em suas casas, o que facilita o atendimento. O local também possui rampa de acesso, porém os banheiros não estão adaptados com portas amplas e barras de segurança.

2.4.4 Laranja da Terra

O município de Laranja da Terra está localizado a 160km da capital Vitória e limita-se ao norte com os municípios de Baixo Guandu e Itaguaçu, ao sul com o município de Afonso Cláudio, ao leste com os municípios de Itarana e Itaguaçu e ao oeste com o estado de Minas Gerais. O município possui uma área de 457km², uma população de 10.825 habitantes (IBGE, 2010) e densidade demográfica de 23,69hab./km². A atual divisão político-administrativa do município é formada pelos distritos de Laranja da Terra (sede), Sobreiro, Joatuba, São Luiz de Miranda e Vila de Laranja da Terra. A cidade possui população, em sua maioria, de origem pomerana e mantém características culturais, como a alimentação, a língua e as festas.

Os trabalhos realizados com a terceira idade se iniciaram em 1997 e atualmente estão sob a coordenação de duas funcionárias da prefeitura¹⁴, sendo realizados diariamente, de segunda a quarta-feira, das 12h às 16h, no Centro de Convivência

¹⁴ Celina Zumack e Adélia Hilger Schmidh são responsáveis pelo atendimento ao idoso no município.

localizado na sede. Além da sede, o município possui oito grupos situados em localidades do interior: Vila de Laranja da Terra, São Luís de Miranda, Joatuba, Vendinha, Picadão, Sobreiro, Córrego das Palmeiras e Criciúma. O município possui 437 idosos cadastrados no programa que frequentam regularmente os encontros promovidos pelo Centro de Referência da Assistência Social (figura 56 – ANEXO D), nos quais as principais atividades são danças, principalmente o forró de concertina, por serem de origem pomerana, oficinas, artesanato, ginástica com educadora física, bingo, além do cinema no auditório.

Há na cidade uma academia popular (figura 9), localizada perto do CRAS, e o hospital, o que facilita o acesso dos idosos da sede. As atividades físicas realizadas na academia popular são acompanhadas por uma educadora física.

Figura 9 – Academia popular de Laranja da Terra



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Em relação à saúde do idoso, o município atende a população na Unidade Básica de Saúde (figura 57 – ANEXO D) e na Unidade Mista de Saúde (figura 58 – ANEXO D), ambas municipais. A Unidade Básica de Saúde possui um médico geriatra que atende os idosos às quartas-feiras, possui também fisioterapeuta e médico clínico geral, que atende a população e a encaminha a especialistas quando necessário. O idoso tem preferência no atendimento e na marcação de consultas. São realizadas visitas domiciliares aos idosos acamados. O local possui as adaptações necessárias ao atendimento dos idosos, como rampas de acesso e banheiros com barras de segurança. A Unidade Mista de Saúde também possui um médico geriatra para

atender às necessidades do público idoso, e os demais casos são atendidos por médicos generalistas de acordo com a classificação de risco e urgência. O local também possui rampa de acesso e os banheiros estão adaptados com portas amplas e barras de segurança.

2.4.5 Marechal Floriano

O município de Marechal Floriano está localizado a 50km da capital Vitória e limita-se com os municípios de Domingos Martins, Viana e Guarapari. O município possui uma área de 285,379km², uma população de 14.262 habitantes (IBGE, 2010) e densidade demográfica de 49,8hab/km². Sua divisão político-administrativa é constituída pelos distritos de Marechal Floriano (sede), Araguaia, Santa Maria de Marechal e Victor Hugo. A Mata Atlântica cobre boa parte do seu território, e o município possui uma grande variedade de orquídeas, sendo conhecido atualmente como “Cidade das Orquídeas”.

Marechal Floriano emancipou-se do município de Domingos Martins em 31 de outubro de 1991. Os trabalhos com a população idosa se iniciaram em 2005, sendo atualmente coordenados por uma funcionária da prefeitura¹⁵. Os encontros são realizados na sede semanalmente, de segunda a sexta-feira, das 13h às 16h, e nas demais localidades: Em Bom Jesus, Rio Fundo, Vitor Hugo, Araguaia, Santa Maria, Soído de Baixo e São Cristóvão, são realizados quinzenalmente. O número de idosos cadastrados é de 170 que frequentam assiduamente. As principais atividades desenvolvidas são jogos, artesanato, atividades físicas com professor e forró. O Centro de Convivência está em fase de construção, e as atividades físicas são realizadas na academia popular (figura 10) com o auxílio de um educador físico. No CRAS (figura 59 – ANEXO D), são realizados cursos de pintura, artes manuais e informática, que são oferecidos à comunidade em geral, possuindo boa participação dos idosos.

¹⁵ Rita de Cássia Aguiar Silva responsável pelo atendimento ao idoso no município.

Figura 10 – Academia popular na Praça Saudável – Marechal Floriano



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Em relação à saúde, o município de Marechal Floriano conta com uma policlínica que prioriza o atendimento dos idosos na realização de exames, marcação de consultas e nos atendimentos odontológicos, e possui também uma unidade de saúde, que faz um atendimento básico com médicos generalistas e atende também à faixa etária idosa com prioridade. Ambas possuem as adaptações necessárias, como rampas e barras de segurança, e garantem uma boa acessibilidade.

O município de Marechal Floriano criou o Conselho Municipal do Idoso, pela Lei n.º 1262, de 19 de junho de 2013, cujas principais atribuições são estas: garantir ao idoso o direito ao exercício da cidadania e participação na sociedade, à dignidade, ao bem estar e ao direito à vida; integrar os idosos às demais gerações e à sociedade em geral por meio de formas de participação e convívio; promover debates estudos e pesquisas relativas à problemática do idoso; fiscalizar e tomar providências para o cumprimento da legislação aplicável aos direitos do idoso.

De acordo com um informativo disponibilizado pelo município para a população, constituem direitos dos idosos: atendimento preferencial, imediato e individualizado em órgãos públicos e privados (repartições públicas, bancos, cinema, supermercados, rodoviárias); fornecimento gratuito, pelo Poder Público, de medicamentos, especialmente os de uso continuado; desconto pelo menos de 50% nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer; Benefício de

Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo, àqueles que não possuam meios para prover sua subsistência, nem tê-la provida por sua família; gratuidade no transporte público urbano desde 65 anos de idade (em algumas cidades, a gratuidade é concedida desde os 60 anos, como na capital, para mulheres; e reserva de 5% das vagas nos estacionamentos públicos e privados, posicionadas de forma a garantir comodidade melhor.

A cidade também possui uma Organização de Amparo a Idosos, o “Sou Feliz”. Trata-se de um asilo fundado em 1991 (figuras 61 e 62 – ANEXO D) que atualmente atende 29 idosos e tem capacidade para atender até 33 idosos, sendo 21 vagas no município de Marechal Floriano, 11 vagas em Domingos Martins e 1 vaga em Venda Nova do Imigrante. Essa organização é uma associação com uma diretoria e funcionários. Recebe auxílio das prefeituras de Domingos Martins e Marechal Floriano, por isso as vagas são prioritárias para esses municípios, e recebe auxílio do Poder Público Estadual mediante emendas parlamentares para a manutenção de móveis, eletrodomésticos e equipamentos. Do valor da aposentadoria dos idosos que contribuem com a instituição, 70% vão para a instituição e 30% ficam para os idosos.

No lar de idosos “Sou Feliz”, acontecem diversas atividades em parceria com o CRAS de Marechal Floriano e Domingos Martins, a educação física é realizada duas vezes na semana com um educador físico, as oficinas de artesanato (figura 11) e pintura acontecem uma vez por semana, assim como as atividades lúdicas de contação de histórias, jogo da memória, e massinha de modelar, que são realizadas por uma assistente social que nos relatou que essas atividades são desenvolvidas para que os idosos consigam se expressar melhor, e se abrir em relação aos seus sentimentos e vivências, pois os momentos de descontração e trabalhos em grupo facilitam a conversa e eles se sentem mais abertos ao diálogo, o bingo também acontece uma vez na semana e conta com uma participação maior dos idosos. Há também a realização de palestras e de atividades dinâmicas pelos psicólogos e assistentes sociais uma vez por mês, e os temas variam de acordo com as datas comemorativas, por exemplo, dia das mães, páscoa.

Outras festas são realizadas durante o ano, como a festa junina e a festa do dia da família (figura 13), todas elas são animadas com dança (forró) e lanches. Existem também alguns grupos que realizam visitas, as escolas locais levam as crianças para apresentarem trabalhos e teatros com o objetivo de integrar essas duas faixas etárias, assim como os representantes religiosos das localidades. Uma vez por mês é celebrada uma Missa Católica, e quinzenalmente acontece o Culto da Igreja Luterana (figura 14), os Pastores Batistas e Maranatas também realizam Cultos para os idosos, e todos são muito bem recebidos por eles.

Figura 11 – Oficina de artesanato – Marechal Floriano



Fonte: Lar de Idosos “Sou Feliz”, 2017.

Figura 12 – Quadros produzidos pelos Idosos do Lar “Sou Feliz” – Marechal Floriano



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 13 – Festa do Dia da Família no Lar de Idosos “Sou Feliz” – Marechal Floriano



Fonte: Lar de Idosos “Sou Feliz”, 2017.

Figura 14 – Visita da Comunidade Luterana no Lar de Idosos “Sou Feliz” – Marechal Floriano



Fonte: Lar de Idosos “Sou Feliz”, 2017.

2.4.6 Venda Nova do Imigrante

O município de Venda Nova do Imigrante está localizado a 103km da capital Vitória e limita-se ao norte com o município de Afonso Cláudio. ao sul com Castelo, ao leste com Domingos Martins e ao oeste com Conceição do Castelo. O município possui uma área de 185,909km², uma população de 20.447 habitantes (IBGE, 2010) e

densidade demográfica de 108,82 hab./km² e está dividido administrativamente na sede e nos distritos de São João de Viçosa e Alto Caxixe. A economia baseia-se na agricultura, principalmente do café cultivado em 90% das propriedades, além da produção de hortifrutigranjeiros e em uma pecuária ascendente. É considerado o berço do agroturismo.

Venda Nova do Imigrante emancipou-se do município de Conceição do Castelo em 10 de maio de 1988, e os trabalhos com a população idosa se iniciaram em junho de 1989 e atualmente são coordenados por uma assistente social¹⁶. Os encontros de lazer são realizados semanalmente, às terças e quintas-feiras, das 13h às 16h, e os demais projetos se realizam todos os dias da semana, das 6h30 às 17h, no Centro de Convivência. O número de idosos cadastrados é de 700 aproximadamente, mas assiduamente participam cerca de 450 a 500 idosos.

As principais atividades realizadas no Centro de Convivência, de segunda a sexta-feira, são as seguintes:

- Projeto “Bom Dia Idoso na Ginástica” (ginástica na academia ao ar livre);
- Projeto “Bom Dia Idoso na Ginástica” (pilates solo);
- Projeto “Pintando minha História” (pintura em tela e tecido);
- Projeto “Mãos Habilidosas” (atividades manuais);
- Grupo de dança “Florescer” – Dança coreográfica para mulheres;
- Grupo de dança “Sempre Avanti” – Dança italiana (Centro Cultural);
- Projeto “En*Canter” (coral);
- Grupo teatral “Fazendo Arte” – Aulas de teatro (Casa da Cultura).
- Projeto “VemSer Voleibol” (bananeiras);
- Projeto “Malhando a Cuca” – Dominó;
- Projeto “Malhando a Cuca” – Dama;
- Projeto “Xeque Mate”;
- Projeto “Alfabetização é um Direito”;
- Projeto “Orientação para a Vida” – grupo com psicóloga;
- Encontro de lazer.

¹⁶ Letícia Moreira Perim Moraes é a assistente social responsável pelo atendimento aos idosos do município.

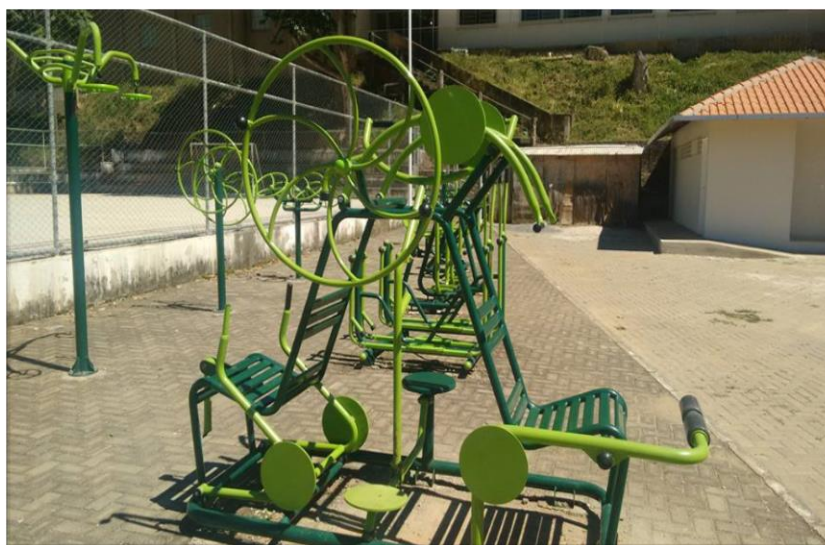
A tabela com todas as atividades e horários está no anexo C. Além dessas atividades desenvolvidas no Centro de Convivência do Idoso, há também a hidroginástica, com 160 vagas, e os equipamentos públicos de esporte e lazer, como as academias ao ar livre, localizadas nas praças do município, que contribuem para a realização de atividades físicas.

Figura 15 – Hidroginástica – Venda Nova do Imigrante



Fonte: Coordenação do grupo da terceira idade, 2017.

Figura 16 – Academia popular – Venda Nova do Imigrante



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 17 – Projeto “Bom dia idoso na ginástica” – Venda Nova do Imigrante



Fonte: Coordenação do Grupo da Terceira Idade, 2017.

Figura 18 – Projeto “Bom dia idoso na ginástica” – Venda Nova do Imigrante



Fonte: Coordenação do Grupo da Terceira Idade, 2017.

Figura 19 – Projeto “Pintando minha História” (pintura em tela e tecido) – Venda Nova do Imigrante



Fonte: Coordenação do Grupo da Terceira Idade, 2017.

Figura 20 – Projeto “VemSer Voleibol” – Venda Nova do Imigrante



Fonte: Coordenação do Grupo da Terceira Idade, 2017.

Figura 21 – Projeto “Mãos Habilidosas” (atividades manuais) – Venda Nova do Imigrante



Fonte: Coordenação do Grupo da Terceira Idade, 2017.

Figura 22 – Projeto “En*Cntar” (coral) – Venda Nova do Imigrante



Fonte: Coordenação do Grupo da Terceira Idade, 2017.

Figura 23 – Grupo de dança “Sempre Avanti” – Dança italiana (Centro Cultural) – Venda Nova do Imigrante



Fonte: Coordenação do Grupo da Terceira Idade, 2017.

Figura 24 – Projeto “Alfabetização é um Direito” – Venda Nova do Imigrante



Fonte: Coordenação do Grupo da Terceira Idade, 2017.

De acordo com a assistente social responsável pelo atendimento aos idosos, o município de Venda Nova do Imigrante sempre se preocupou com o atendimento à terceira idade, e houve um investimento contínuo por parte do Poder Público. Em relação ao Centro de Convivência do Idoso, que é o espaço onde se concentra todo o trabalho público oferecido à terceira idade, houve ampliações do espaço para adaptá-lo à crescente demanda e houve investimento em materiais permanentes e em recursos humanos, criação de projetos e suporte material para serem realizados

muitos outros investimentos. O CRAS do município também oferece outras atividades para idosos, como as aulas de informática.

O Centro de Convivência do Idoso foi criado em 21 de setembro de 2006 e possui um regimento interno que estabelece as normas de funcionamento e os principais objetivos, e está classificado como Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) da Proteção Social Básica. Ele tem como finalidade o atendimento a idosos, que, de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.741, de 1.º/10/2003), são pessoas com 60 anos ou mais, residentes no município de Venda Nova do Imigrante-ES, visando à prevenção de situações de vulnerabilidade social e proteção deles. Devem ser atendidos preferencialmente idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada, idosos de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda e/ou idosos com vivências de isolamento, por não ter acesso a serviços e oportunidades de convívio familiar e comunitário, cujas necessidades, interesses e disponibilidade indiquem a inclusão no serviço.

Os principais objetivos do CCI são estes: contribuir para um processo de envelhecimento ativo, saudável, e autônomo; propiciar vivências que valorizam as experiências de vida, estimulem e potencializem a condição de escolher e decidir, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e protagonismo social dos idosos; proporcionar momentos de socialização por meio de grupos que possam ampliar trocas culturais e de vivências; trabalhar a intergeracionalidade, proporcionando momentos de encontro e troca de experiências entre as gerações; estimular o empoderamento, independência e elevação da autoestima, para a reinserção e reintegração do idoso na sociedade; informar os direitos dos idosos, segundo o Estatuto do Idoso e legislações pertinentes; proporcionar ações que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares, a convivência comunitária e a prevenção de situações de risco social; desenvolver ações, projetos e atividades que visem à prática da atividade física, à prática esportiva, a atividades artísticas e culturais e atividades intelectuais que estimulem a capacidade psíquica e mental.

Além das atividades do CCI, anualmente são realizados os jogos municipais dos idosos, projeto realizado pelo Estado, do qual o município de Venda Nova do Imigrante participa. O principal objetivo é incentivar a prática de esportes nessa

parcela da sociedade, melhorando a interação e a saúde dos idosos por meio da prática esportiva. Além disso, a etapa municipal seleciona os atletas que vão participar da etapa estadual, nas modalidades de dominó, xadrez, buraco, dama, dança de salão e vôlei.

Figura 25 – Abertura dos Jogos da Terceira Idade em Venda Nova do Imigrante



Fonte: Prefeitura Municipal de Venda Nova do Imigrante, 2017.

Em relação à saúde do idoso no município, constatamos que não há um médico geriatra para atender essa parcela da população na rede municipal, apenas na rede estadual, e a fisioterapia é realizada na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) do município, e não atende somente o idoso, mas toda a população. A Unidade de Saúde da Família municipal (figura 63 – ANEXO D) possui algumas adaptações como barras de segurança nos banheiros e rampas de acesso, e os idosos têm preferência no atendimento médico, os quais podem marcar com antecedência para não precisar enfrentar filas, porém a marcação de consultas com os especialistas é de acordo com o quadro clínico, e não de acordo com a idade.

No Hospital Padre Máximo (figura 64 – ANEXO D), também não há um geriatra para o atendimento aos idosos, o qual é feito pelo clínico geral, e o local necessita de algumas adaptações. Ele possui rampas de acesso e calçadas adaptadas, mas os banheiros não possuem barras de segurança.

Ao analisarmos os municípios da Microrregião Sudoeste Serrana, observamos que as localidades estudadas são heterogêneas e se encontram em diferentes estágios em relação às políticas públicas para o grupo etário idoso. Observando a tabela 10, que sintetiza as informações obtidas por meio da pesquisa de campo, verificamos que o município de Venda Nova do Imigrante iniciou o trabalho com os idosos em 1989. Essa localidade se apresenta bem estruturada, pois possui um local específico para a realização dos encontros e atividades, em todos os dias da semana. Além das atividades físicas, como danças e ginásticas, desenvolvidas nos demais municípios, realizam atividades diversificadas, como a hidroginástica, o projeto de alfabetização, e contam com uma boa participação da população idosa.

O município de Afonso Cláudio iniciou as atividades com os idosos em 1991, possui uma boa estrutura física com um local específico para a realização dos encontros, e conta com boa participação dos idosos. O município desenvolve também projetos, como o “Vovô na Praça”, que insere os idosos do lar de idosos “Ninho de Amor”, além de festas culturais que envolvem toda a comunidade.

Já o município de Domingos Martins iniciou os trabalhos com o grupo etário idoso em 1992, e, desde o início, observa-se o crescimento tanto do número de participantes quanto dos investimentos realizados pela prefeitura. Atualmente os encontros são realizados em diversas comunidades, tanto na sede como no interior, e, para auxiliar nos passeios e encontros, a “terceira idade” conta com um ônibus exclusivo, adquirido em parceria da prefeitura com o governo federal.

Os municípios de Conceição do Castelo e Laranja da Terra deram início às atividades com os idosos em 1997. Atualmente o município de Conceição do Castelo está em fase de construção de sua nova sede para a realização dos encontros, porém eles continuam reunindo-se em outro local, desenvolvendo atividades de danças, teatros e oficinas. Já no município de Laranja da Terra, as atividades são realizadas com o CRAS, o espaço é bem amplo e, no terreno, também estão localizadas a praça saudável, a unidade de saúde, e o hospital municipal, o que facilita a locomoção dos idosos. Esse município é o único que possui um médico geriatra, especialista na saúde do idoso, que atende na unidade de saúde e no hospital.

O município de Brejetuba emancipou-se do município de Afonso Cláudio em 1995, motivo pelo qual o início das atividades com os idosos aconteceu em 2004. Até o presente momento, o município não possui um local exclusivo para a realização dos encontros com os idosos, e as atividades são realizadas no pátio da prefeitura. Desenvolvem diversas atividades, como danças, palestras, cursos e viagens. Situação semelhante é apresentada pelo município de Marechal Floriano, que pertencia ao município de Domingos Martins até 1991, tendo iniciado somente em 2005 seus trabalhos com os idosos. A localidade também não possui uma sede exclusiva para o desenvolvimento das atividades, pois o Centro de Convivência está em construção, mas desenvolve, na sede e no interior, diversas atividades em parceria com o CRAS.

Tabela 10 – Informações municipais sobre os idosos

(continua)

| | AFONSO CLÁUDIO | BREJETUBA | CONCEIÇÃO DO CASTELO | DOMINGOS MARTINS | LARANJA DA TERRA | MARECHAL FLORIANO | VENDA NOVA DO IMIGRANTE |
|------------------------------------|--|--|---|--|--|---|---|
| LEGISLAÇÃO DO IDOSO | Política Municipal do Idoso e criação do Conselho Municipal do Idoso Lei n.º 1691/2005. Criação da Associação de Idosos do Centro de Convivência “Fonte e Luz” Lei n.º 1292/1992. | Política Municipal do Idoso e criação do Conselho Municipal do Idoso Lei n.º 333/2007. | Política Municipal do Idoso e criação do Conselho Municipal do Idoso Lei n.º 1115/2006. | Política Municipal do Idoso e criação do Conselho Municipal do Idoso Lei n.º 1880/2007. Prioridade no atendimento à pessoa Idosa – Lei n.º 2193/2009. | Criação do Conselho Municipal do Idoso Lei n.º 590/2010. | Criação do Conselho Municipal do Idoso Lei n.º 1262/2013. | Regimento Interno do Centro de Convivência do Idoso Resolução n.º 157/2015. |
| ANO DE CRIAÇÃO DO GRUPO | 1991 | Maio de 2004 | 1997 | 1992 | 1997 | 2005 | Junho de 1989 |
| QUANTIDADE DE PARTICIPANTES | 900 participantes | 100 inscritos e 50 participantes ativos na sede, e 30 no Distrito de São Jorge. | 300 inscritos e 130 participantes. | 423 inscritos na sede e 326 em Ponto Alto. | 437 participantes | 170 participantes | 700 inscritos e 450 a 500 participantes. |

Tabela 10 – Informações municipais sobre os idosos

(continua)

| ATIVIDADES REALIZADAS | Atividades físicas: vôlei, praça saudável, projeto vida ativa, dinâmicas, artesanato, danças (forró). | Principais atividades: forró, palestras, viagens, festas, cursos de artesanato e informática. | Principais atividades: forró, danças, oficinas, artesanato, ginástica e alongamentos. | Principais atividades desenvolvidas na sede: alongamentos, ginástica, danças de salão, principalmente o forró, artesanato, jogos de tabuleiro, informática, coral. E em Ponto Alto: dança (forró) bingo, artesanato, jogos de tabuleiro e atividades físicas. | Atividades lúdicas, como dinâmicas, cinema, bingo, atividades físicas com a educadora física, como forró e brincadeiras. | Principais atividades: jogos, forró, artesanato, e atividades físicas com professor. | Principais atividades realizadas no Centro de Convivência: ginástica na academia ao ar livre, dança coreográfica para mulheres, pilates solo, pintura em tela e tecido, atividades manuais, projeto “Alfabetização é um Direito”, coral, aulas de teatro, voleibol, dominó, dama, dança grupo com psicóloga, hidroginástica. |
|------------------------------|--|---|---|---|--|--|--|
| DATA DOS ENCONTROS | Todos os dias, das 13h às 16h30, no Centro de Convivência, na sede. No interior, segue cronograma anexo. | Semanalmente, às sextas-feiras, das 13h às 16h. | Semanalmente, às quartas-feiras, das 11h às 16h. | Na sede, semanalmente, às sextas-feiras, das 13h às 17h. Em Ponto Alto, quinzenalmente, às segundas-feiras, das 13h às 17h. | Na sede, de segunda a quinta, das 12h às 16h. | Na sede, de segunda a sexta-feira, das 13h às 16h. E, no interior, quinzenalmente. | Semanalmente, às terças e quintas-feiras, das 13h às 16h. Os demais projetos são realizados todos os dias da semana, das 6h30 às 17h, no Centro de Convivência. |

| Tabela 10 – Informações municipais sobre os idosos | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---|---|--|-----------------------------------|
| | | | | | | | (conclusão) |
| PESSOAS QUE TRABALHAM COM OS IDOSOS | Atualmente uma assistente social coordena os grupos e um funcionário em cada localidade do interior. | Atualmente uma assistente social. | Atualmente uma assistente social. | Atualmente dois funcionários da prefeitura. | Atualmente dois funcionários da prefeitura. | Atualmente uma funcionária da prefeitura | Atualmente uma assistente social. |

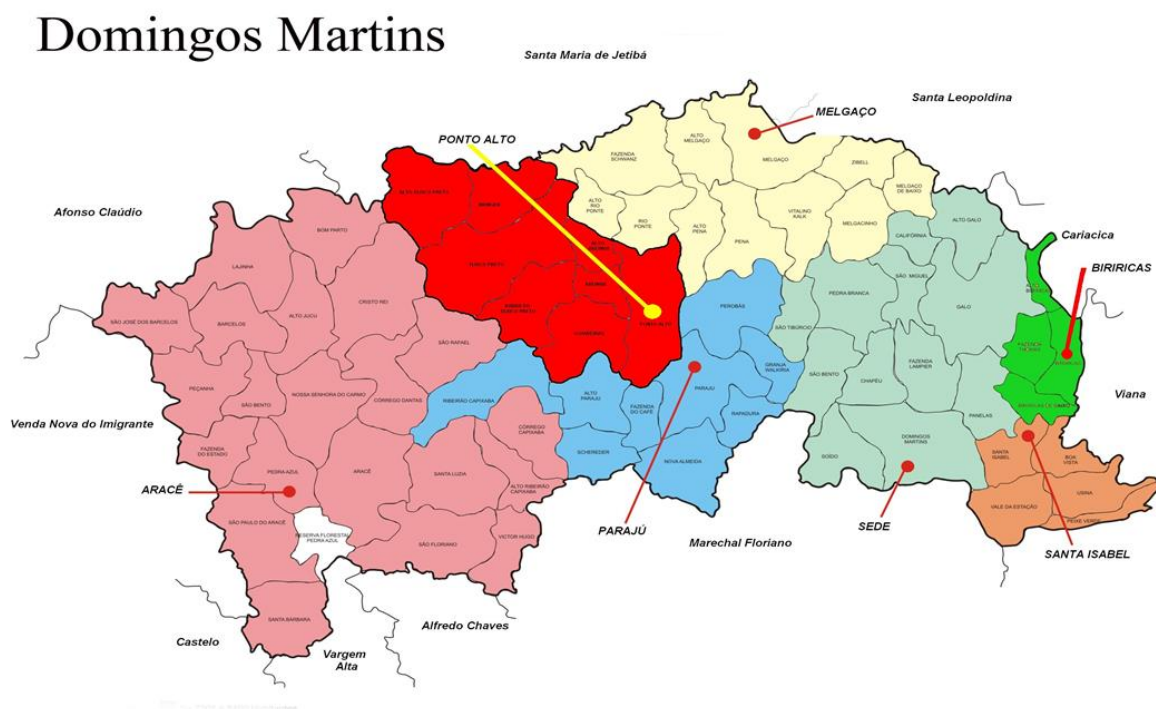
Fonte: Prefeituras municipais consultadas, 2017.

3 O MUNICÍPIO DE DOMINGOS MARTINS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA

A divisão territorial do município de Domingos Martins compreende atualmente sete distritos: Aracê, Biriricas, Melgaço, Paraju, Ponto Alto, Santa Isabel e sede. A cidade de Domingos Martins, conhecida como Campinho, é a sede do distrito administrativo.

Figura 26 – Município de Domingos Martins e a atual divisão distrital



Fonte: 177.91.192.7:8080/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/2897_texto_integral, 2017.

Localizado a 42km de Vitória, o município de Domingos Martins, conhecido também como Cidade do Verde, é um dos mais importantes da Microrregião Sudoeste Serrana. Esse bucólico município com 1.231,29km² possuía, em 2010, uma população de 31.847 habitantes, com densidade demográfica de 25,86 hab./km². Apresenta características únicas que atraem inúmeros visitantes durante todo o ano. Em 2016, a população era de 34.589 habitantes (IBGE).

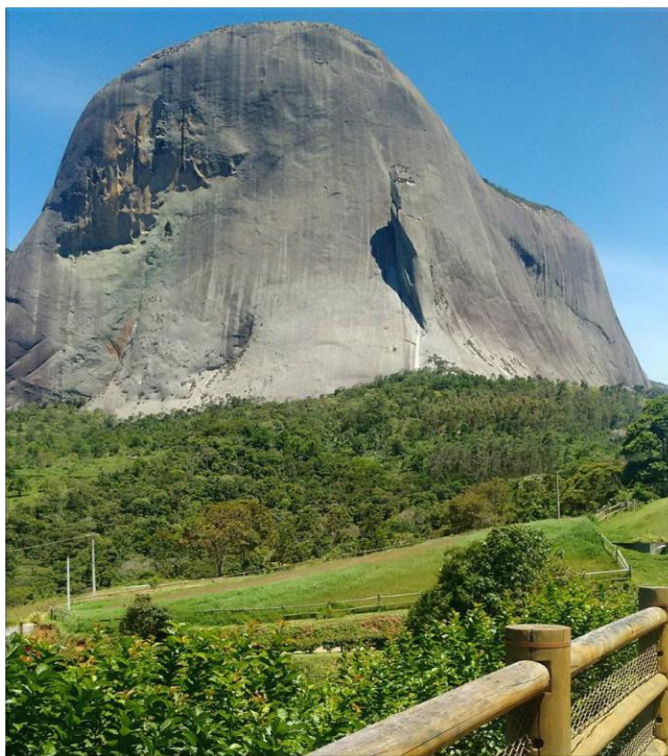
Domingos Martins limita-se ao norte com os municípios de Afonso Cláudio, Santa Maria de Jetibá e Santa Leopoldina, ao sul com os municípios de Vargem Alta, Alfredo Chaves e Marechal Floriano, ao leste com os municípios de Viana e Cariacica e ao oeste com os municípios de Castelo e Venda Nova do Imigrante.

A sua economia se baseia principalmente em serviços, seguidos da administração, saúde e educação públicas e seguridade social, indústria e agropecuária. O turismo também é uma importante fonte de renda para os munícipes.

Entre os principais atrativos estão o clima tropical de altitude, com as temperaturas amenas variando entre 8°C e 30°C, na sede do município, e, nas regiões mais altas, podem chegar a 0°C, sendo considerado um ótimo clima, por sua localização em uma região de altitudes elevadas. Todo o município de Domingos Martins possui um relevo acidentado, que faz parte da chamada “Zona Serrana do Centro”, região do Estado formada por terras altas, montanhosas e frias, localizadas no sul do Rio Doce.

O pico da Pedra Azul, com 1.822 metros de altitude, localizado em Aracê, embora seja o 3.º mais alto, é o mais famoso do município, devido à beleza do seu aspecto (figura 27). Recebe tal denominação pela coloração azulada que toma conforme o horário em que recebe a luz do Sol. Esse pico é também conhecido como Pedra do Lagarto, por apresentar uma saliência com o formato de um lagarto ou lagartixa a subir a pedra, em sua parte frontal.

Figura 27 – Parque Estadual da Pedra Azul (2017) – Domingos Martins-ES



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

A região mantém ainda muitos remanescentes de Mata Atlântica, o que contribui para a manutenção de suas paisagens agradáveis, e propícias para o cultivo de orquídeas e bromélias, que foram estudadas e preservadas por um dos maiores estudiosos de orquídeas do país, Roberto Kautsky. O município também é banhado por um bom número de rios e córregos. Seus principais rios são o rio Jucu Braço Norte e o rio Jucu Braço Sul, que são os formadores do rio Jucu.

As características interioranas, presentes nessa localidade, como o modo de vida dos habitantes locais, a alimentação caseira feita no fogão a lenha, além dos atrativos naturais, como cachoeiras e trilhas, despertaram para o surgimento do turismo rural, propiciando aos visitantes a participação em muitas atividades rurais do dia a dia das famílias. Nas fazendas, também são produzidos alimentos, como queijos, biscoitos, doces, pães, licores, os quais são comercializados no centro do município em feiras, contribuindo para a renda dos produtores rurais.

Devido às influências dos seus colonizadores europeus, o município apresenta características bem marcantes na arquitetura, na gastronomia e na cultura, como as danças e a língua, que variam de acordo com a sua localização: a origem *alemã*,

principalmente na sede, *pomerana*, no distrito de Melgaço, e *italiana*, no distrito de Aracê. A tradição cultural do martinense pode ser observada na “Sommerfest” ou “Festa da Imigração Alemã”, que, desde 1987, ocorre na sede, sempre no último fim de semana de janeiro, quando acontecem apresentações de grupos folclóricos, como o “Bergfreunde” (figura 28), bandas típicas alemãs, como as bandas de metais do distrito de Melgaço – a Pommerchor e a Pommerwegs’s – e desfiles alegóricos.

Figura 28 – Grupo de Tradições Alemãs – Domingos Martins-ES



Fonte: Prefeitura de Domingos Martins, 2017.

O uso de concertinas e sanfonas é outra tradição mantida no município, principalmente em casamentos e animados forrós. Há também os corais, em cujo repertório constam músicas em português e alemão. A língua trazida pelos imigrantes também é muito forte do povo martinense. Tanto o pomerano como o dialeto Hunsrück ainda são utilizados pelos descendentes para se comunicarem. Há registros de pessoas, geralmente de mais idade, que não falam português. Há inclusive igrejas luteranas que, uma vez por mês, realizam cultos nesses idiomas.

3.2 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE DOMINGOS MARTINS

A história do município¹⁷ teve início com a vinda dos primeiros imigrantes alemães em 1847. Um ano antes, um funcionário do governo imperial do Brasil foi até a região do Hunsrück, na Alemanha, com a finalidade de recrutar trabalhadores para as terras brasileiras. Devido às más condições em que os trabalhadores viviam, decidiram vir para o Brasil, venderam todos os seus pertences e embarcaram no porto de Dunquerque, na França, e, após 70 dias de viagem, chegaram ao Rio de Janeiro. Posteriormente embarcaram em três vapores e seguiram até o Porto de Vitória. O primeiro grupo chegou à capital do Espírito Santo em 21 de dezembro de 1846, permanecendo alguns dias em Vitória e posteriormente seguindo para a colônia de Santa Isabel, a primeira a ser fundada em solo capixaba por doutor Luiz Pedreira do Couto Ferraz, que era o presidente da província do Espírito Santo.

Os colonos foram subindo pelas margens do rio Jucu Braço Norte e se instalaram na serra da Boa Vista, em 27 de janeiro de 1847, eram 39 famílias, das quais 16 evangélicas-luteranas e 23 católicas. A primeira capela católica (figura 29) foi logo construída no morro de Boa Vista onde pretendiam também construir a Vila, e em 1852 a primeira Igreja Católica, tendo como Padroeiro São Bonifácio foi consagrada na vila de Santa Isabel, cuja população era formada majoritariamente por católicos.

¹⁷ As informações sobre o histórico do município foram pesquisadas em livros e folhetos locais, disponibilizados pela Prefeitura Municipal de Domingos Martins, e no site: Disponível em: <http://www.domingosmartins.es.gov.br/conheca-domingos-martins/historia/imigracao?view=faq&catid=32>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Figura 29 – Igreja Matriz em Santa Isabel – Domingos Martins



Fonte: IBGE, 2016.

No entanto, por questões climáticas, alguns colonos, na maioria luteranos, continuaram subindo a serra até chegar a um lugar plano entre as montanhas, o qual denominaram de Campinhoberg – Morro do Campinho, no qual deram início à construção do templo luterano, o primeiro a possuir uma torre no Brasil, e até hoje é um símbolo importante para os moradores do município (figura 30).

Figura 30 – Igreja Luterana – Domingos Martins (1983)



Fonte: IBGE, 2017.

Embora eles dispusessem de poucos recursos, a colônia progrediu rapidamente, já que se estabeleceram em zona de bom clima e apropriada ao plantio de cereais e de café. Por haver necessidade de maior número de trabalhadores, foi promovida a vinda de italianos, que se concentraram em sítios hoje pertencentes aos distritos de Araguaia e Aracê.

A colônia foi evoluindo gradativamente, emancipou-se de Viana e foi elevada à condição de freguesia em 1869 e de distrito policial em 1878. Em 20 de outubro de 1893, o município de Santa Isabel desmembrou-se de Viana, cuja instalação ocorreu no local denominado Campinho (figura 31) em 19 de dezembro de 1893. Em 20 de dezembro de 1921, o nome do município foi mudado para Domingos Martins em

homenagem a Domingos José Martins, participante da revolução pernambucana, fuzilado na Bahia, em 1817.

Figura 31 – Vista panorâmica da cidade de Domingos Martins-ES (1902)



Fonte: IBGE, 2017.

Figura 32 – Vista panorâmica da cidade de Domingos Martins-ES (2016)



Fonte: Facebook, 2017.

Em divisão administrativa referente a 1933, o município, já denominado Domingos Martins, era constituído de seis distritos: Domingos Martins, Araguaia, Campinho (sede), Pedreiras, Santa Isabel e Sapucaia. Posteriormente, os distritos de Pedreiras, Sapucaia e Santa Isabel são alterados e se tornam Aracê, Paraju e Isabel, respectivamente. Em 1964, os distritos de Melgaço e Marechal Floriano

foram criados e anexados ao município, e, em 31 de novembro de 1991, desmembram-se os distritos de Araguaia e Marechal Floriano, para constituir o novo município de Marechal Floriano.

Em divisão territorial datada de 2001, o município era constituído de cinco distritos: Domingos Martins, Aracê, Isabel, Melgaço e Paraju. Posteriormente foram criados os distritos de Biriricas e de Ponto Alto e anexados ao município de Domingos Martins, formado atualmente por sete distritos: Aracê, Biriricas, Melgaço, Paraju, Ponto Alto, Santa Isabel e Sede.

A divisão distrital que inclui o distrito de Ponto Alto é recente, que foi desmembrado do distrito de Paraju, o qual, em 2010, possuía uma população de 8.257 habitantes, por meio da sanção da Lei Municipal n.º 2.524/2013, com base em projeto sugerido e aprovado pelo Poder Legislativo, que objetiva favorecer a chegada de novos investimentos à região.

Vale destacar no município os distritos que serão estudados com maior enfoque posteriormente: a sede, formada pelas comunidades de sede, Soído, Panelas, São Bento, Chapéu, Fazenda Lampier, Galo, São Miguel, Pedra Branca, São Tibúrcio, Califórnia e Alto Galo; e Ponto Alto, formado pelas comunidades de Ponto Alto (figura 33), Areinha, Alto Areinha, Tijuco Preto, Alto Tijuco Preto, Barra do Tijuco Preto, Bringer e Goiabeiras.

Figura 33 – Vista panorâmica do distrito de Ponto Alto (2016)



Fonte: Facebook, 2017.

3.3 ESTRUTURA DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE DOMINGOS MARTINS POR IDADE E SEXO

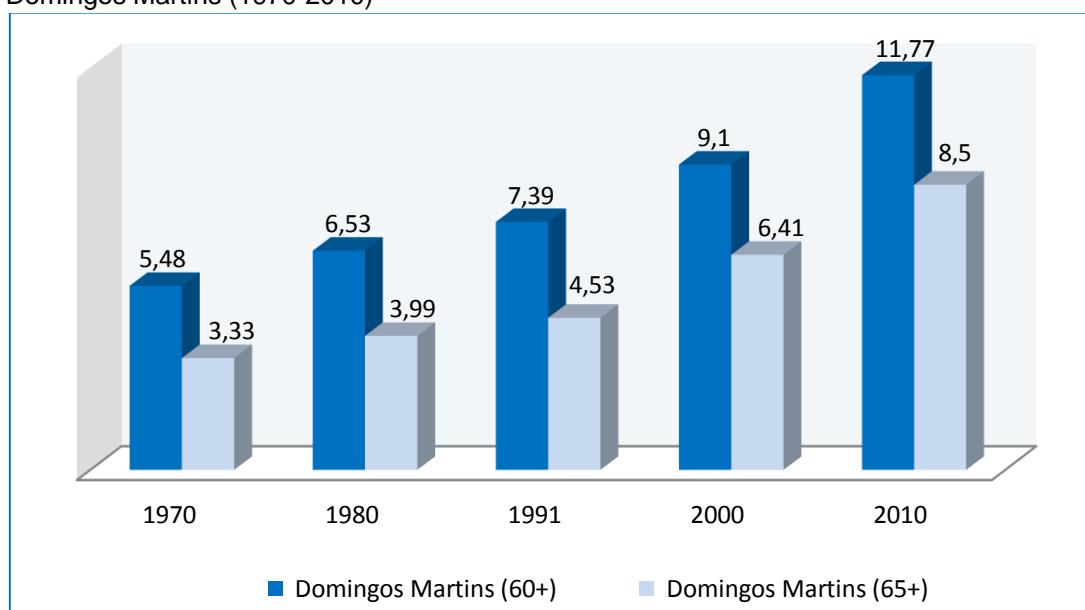
Os dados apresentados a seguir permitem realizar uma análise temporal da evolução da população no município de Domingos Martins, de 1970 a 2010, e compreender as principais mudanças ocorridas durante esse período. Para realizarmos essa análise, utilizamos indicadores de idade e sexo, como a proporção dos grupos etários, a razão de dependência total, de jovens e de idosos, o índice de envelhecimento, a razão de sexo, a idade mediana e as pirâmides etárias.

Distribuição do grupo dos idosos no período de 1970-2010

No gráfico 2, mostra-se a distribuição do grupo dos idosos de 60 anos ou mais e 65 anos ou mais no município de Domingos Martins, de 1970 a 2010. Em relação ao grupo com 60 anos ou mais, em 1970 o município apresentava um valor de 5,48% que aumentou gradativamente durante os últimos anos, atingindo 11,77% em 2010. Observando o grupo dos idosos com 65 anos, os valores do indicador evoluíram de 3,33% em 1970 para 8,50% em 2010. No período focalizado, a proporção do segmento mais jovem, de 0 a 14 anos, apresentou queda significativa, passando de 42,98 a 22,15%.

Conforme podemos observar, o município de Domingos Martins apresenta, comparativamente ao padrão brasileiro, um percentual mais elevado de idosos com idades superiores a 60 anos, acompanhando, assim, as tendências estaduais, nacionais e mundiais. Ao longo dos últimos anos, a representação da população idosa aumentou, o que se deve principalmente tanto à diminuição do número de nascimentos quanto à elevação da expectativa de vida, ou seja, a população vem controlando a fecundidade e está vivendo mais e em melhores condições.

Gráfico 2 – Distribuição do grupo dos idosos de 60 anos ou mais e 65 anos ou mais em Domingos Martins (1970-2010)



Fonte: Elaborado pela autora, 2017, com base em dados do IBGE.

Trewartha (1974) aponta que o grupo jovem é maior nas sociedades economicamente menos desenvolvidas, onde predomina um alto índice de nascimentos, implicando a existência de uma elevada parcela improdutiva da população e bastante onerosa, pois deve ser alimentada, vestida, abrigada, educada, e isso representa uma série de gastos para os países pobres. Lembra também que a abundância de jovens induz a um alto índice de nascimentos em um futuro próximo.

Já quanto ao grupo dos adultos, Trewartha (1974, p. 151) afirma que é “[...] economicamente mais produtivo, biologicamente mais reprodutivo e de maior mobilidade dos três, normalmente suporta uma grande percentagem dos outros dois [...]”, porém as proporções dessa parcela da população são maiores nos países

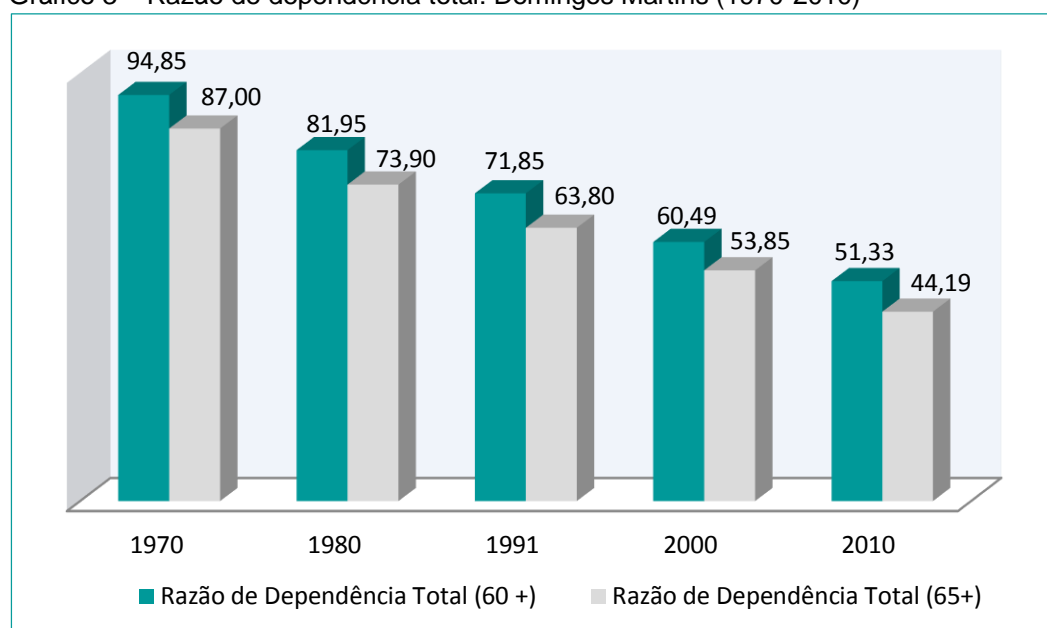
desenvolvidos ou em países que vivenciam etapas mais avançadas do processo de transição demográfica e menores nos países mais pobres.

O grupo idoso é proporcionalmente maior nas sociedades economicamente mais desenvolvidas e apresenta também maior número de mulheres e viúvas, como já citado. Assim como o grupo dos jovens, o dos idosos é considerado improdutivo, necessitando de investimentos em programas de bem-estar, inclusive cuidados médicos e hospitalares e seguros sociais em geral. Deve-se lembrar que o principal fator do envelhecimento de uma população se baseia sobretudo nas primeiras fases da transição demográfica, mais no declínio da fecundidade que no da mortalidade, e é decorrente tanto do aumento gradativo do número de pessoas mais idosas quanto da diminuição da parcela dos jovens (TREWARTHA, 1974).

Razão de dependência (RD)

No gráfico 3, consta a razão de dependência total para o município de Domingos Martins, a qual mostra a razão entre a população teoricamente inativa, formada por jovens e idosos, e a população teoricamente ativa, que compreende os adultos. Em 1970, o município apresentava os valores de 94,85 (população idosa de 60+) e 87,00 (65+), ou seja, para cada grupo de cem pessoas com idade potencialmente ativa (15-59 anos) havia 94,85 potencialmente inativas, e, considerando o grupo ativo com idades de 15 a 64 anos, havia 87,00 pessoas potencialmente inativas por cem ativas. Já em 2010, observamos uma queda considerável nesses valores: o município apresentou os valores de 51,33 (60+) e 44,19 (65+), ou seja, para cada grupo de cem pessoas com idade potencialmente ativa havia, respectivamente, 51,33 e 44,19 pessoas potencialmente inativas. Houve, portanto, uma acentuada diminuição do peso dos inativos sobre os ativos.

Gráfico 3 – Razão de dependência total: Domingos Martins (1970-2010)

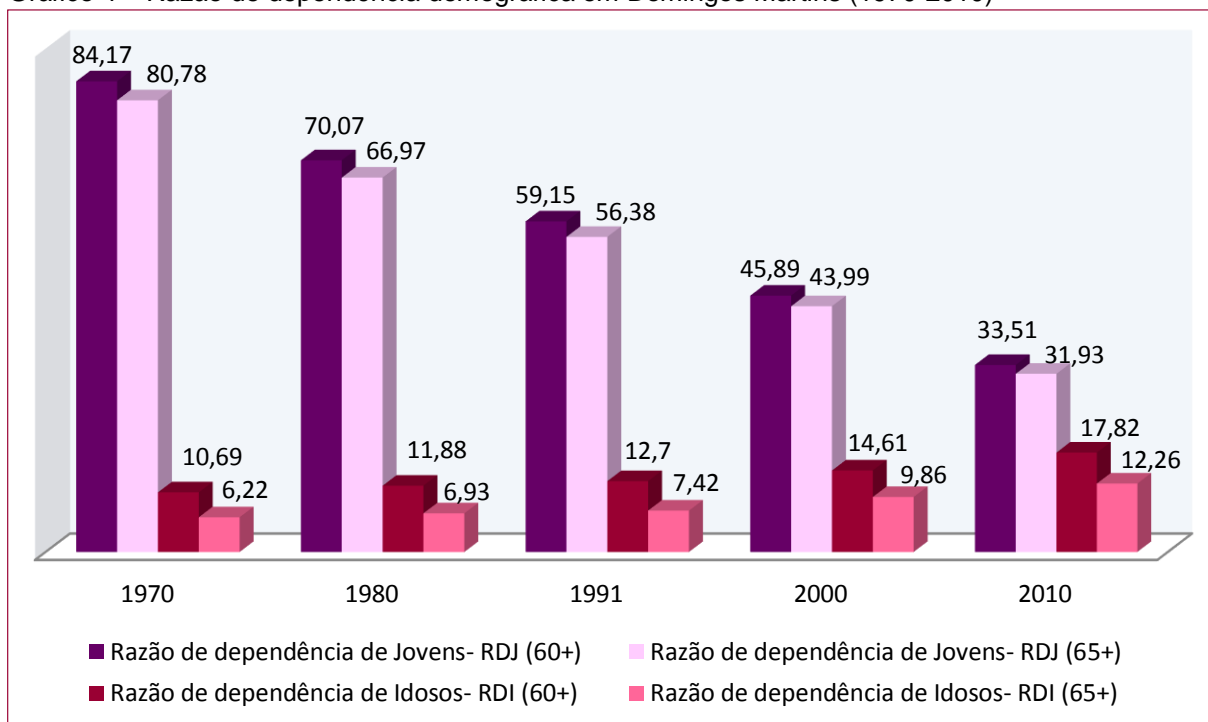


Fonte: Elaborado pela autora, 2017, com base em dados do IBGE.

Ao analisarmos o gráfico 4 referente ao município de Domingos Martins, verificamos que, em 1970, considerando o grupo etário de 60 anos ou mais, a razão de dependência dos jovens era de 84,17 e a razão de dependência dos idosos era de 10,69 e, considerando o grupo etário com 65 anos ou mais, a razão de dependência dos jovens passa a ser 80,78 e a dos idosos 6,22. Notamos, pois, que havia uma sobrecarga dos grupos inativos sobre a dos ativos, devido particularmente ao grupo de jovens.

Já em 2010, considerando o grupo etário de 60 anos ou mais, a razão de dependência dos jovens declinou para 33,51 e a razão de dependência dos idosos para 17,82. Para o grupo etário com 65 anos ou mais, a razão de dependência dos jovens baixa para 31,93 e a razão de dependência dos idosos sobe para 12,26. Reafirmando, as razões de dependência de jovens e idosos apresentam tendências opostas: enquanto a razão de dependência dos jovens declina, acompanhando a razão de dependência total, a dos idosos apresenta tendência crescente.

Gráfico 4 – Razão de dependência demográfica em Domingos Martins (1970-2010)

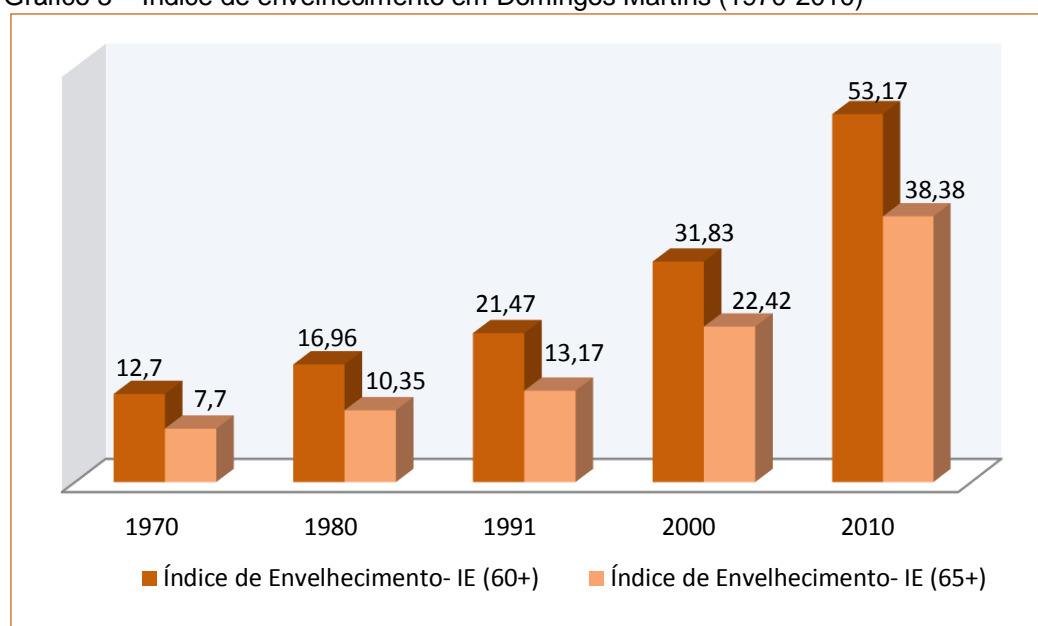


Fonte: Elaborado pela autora, 2017, com base em dados do IBGE.

Índice de envelhecimento (IE)

O índice de envelhecimento indica a relação entre o número de idosos e o de jovens existentes em uma população. Em 1970, o índice de envelhecimento em Domingos Martins, considerando os idosos com 60 anos ou mais, era de 12,70 idosos por cem jovens e, considerando os idosos acima de 65 anos, era de 7,70. Devido aos avanços ocorridos nas áreas da saúde e assistência nas últimas décadas, observa-se uma modificação considerável nesse índice: os índices de 2010 foram de 53,17 idosos por cem jovens, para os idosos com 60 anos ou mais, e 38,38, para os idosos com 65 anos ou mais. Esse aumento no valor dos índices é resultado, como já ressaltado, da diminuição da fecundidade e do processo de envelhecimento da população. Esses dados estão representados no gráfico 5.

Gráfico 5 – Índice de envelhecimento em Domingos Martins (1970-2010)



Fonte: Elaborado pela autora, 2017, com base em dados do IBGE.

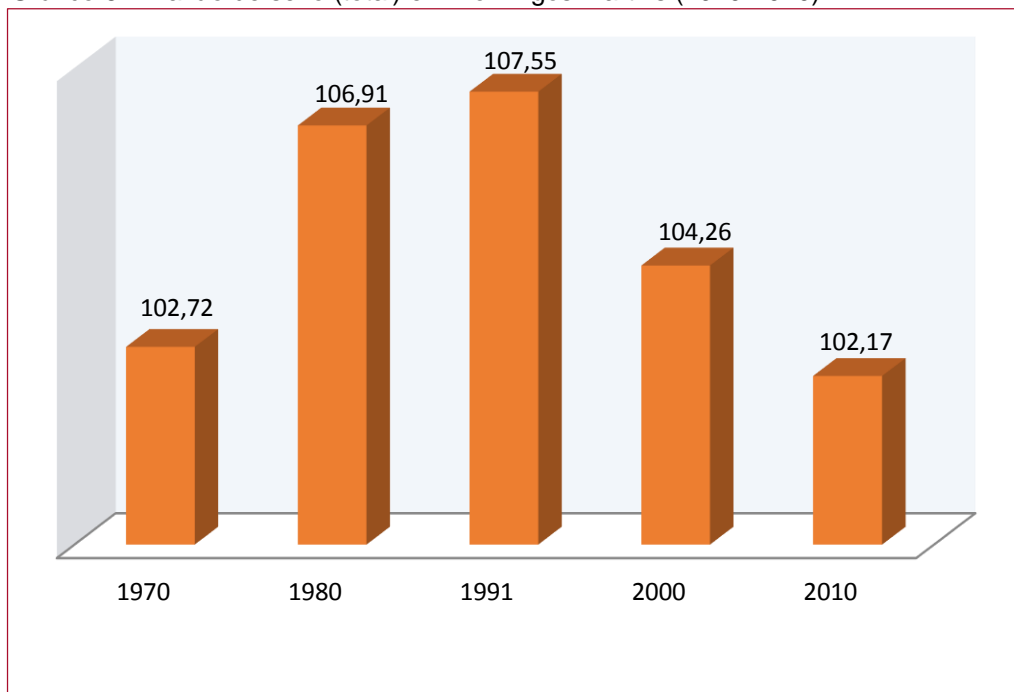
Razão de sexo (RS)

A razão de sexo indica a relação entre o número de homens e de mulheres em uma população. No gráfico 6, observamos a predominância masculina em todo o período considerado. Em 1970, o município de Domingos Martins apresentou um valor de 102,72, ou seja, revelava a predominância de homens na população, a qual prevaleceu nos anos seguintes, no município. Em 1980, o município apresentou um valor de 106,91 homens por cem mulheres; em 1991, o valor de 107,55; em 2000, o valor de 104,26; e, em 2010, o valor de 102,17. Observa-se que, nas décadas de migração rural-urbana mais intensa, a predominância masculina é maior, indicando maior evasão feminina.

Conforme citado anteriormente, essa prevalência masculina no município estudado se justifica por ele ser rural e por ser a agricultura a principal atividade econômica da região, setor que emprega majoritariamente mão de obra masculina, ao contrário da oferta mais restrita de emprego para a mão de obra feminina, que se insere em outros setores da economia e acaba migrando para os grandes centros. Outro fator relevante é que, em geral, o sexo masculino predomina principalmente nas faixas etárias mais jovens, pois o número de nascimentos do sexo masculino ultrapassa o

feminino. Entretanto, com o passar dos anos, o número de mulheres aumenta, principalmente no grupo dos idosos.

Gráfico 6 – Razão de sexo (total) em Domingos Martins (1970-2010)

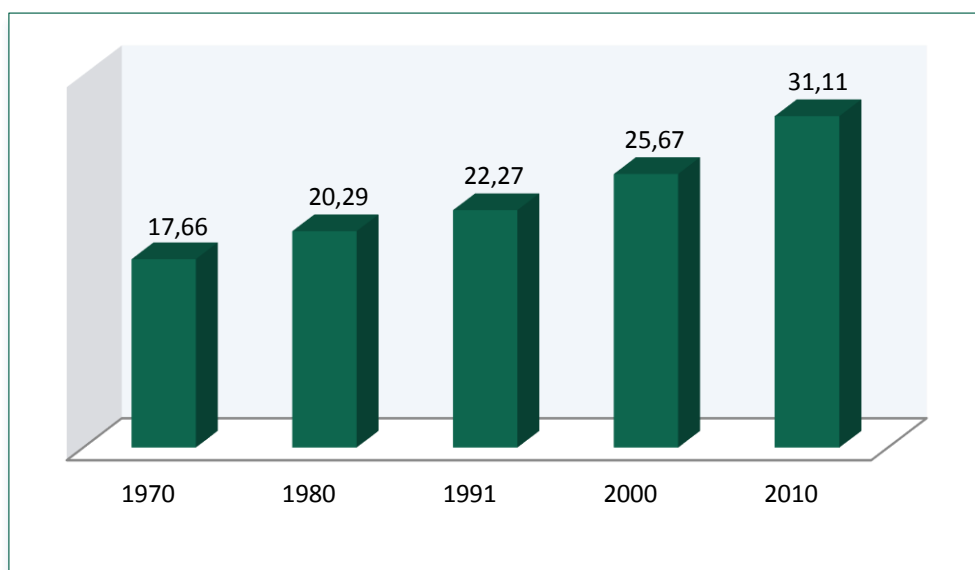


Fonte: Elaborado pela autora, 2017, com base em dados do IBGE.

Idade mediana

Verificamos que, nos anos de 1970, o município de Domingos Martins apresentava uma população bem jovem, traduzida pelo valor da mediana de 17,66 anos. Com o passar dos anos, percebemos aumento gradativo em relação à mediana: em 1980, passou a ser de 20,29; em 1991, 22,27; em 2000, 25,67; e, em 2010, atingiu 31,11 anos, valor mais elevado que o da Microrregião Sudoeste Serrana, de 30,68 anos. Os valores apresentados no gráfico 7 indicam que o envelhecimento no município de Domingos Martins evoluiu possivelmente devido às características culturais, à melhoria do nível de vida da população e à emigração de jovens.

Gráfico 7 – Idade mediana em Domingos Martins (1970-2010)



Fonte: Elaborado pela autora, 2017, com base em dados do IBGE.

Pirâmide etária de Domingos Martins

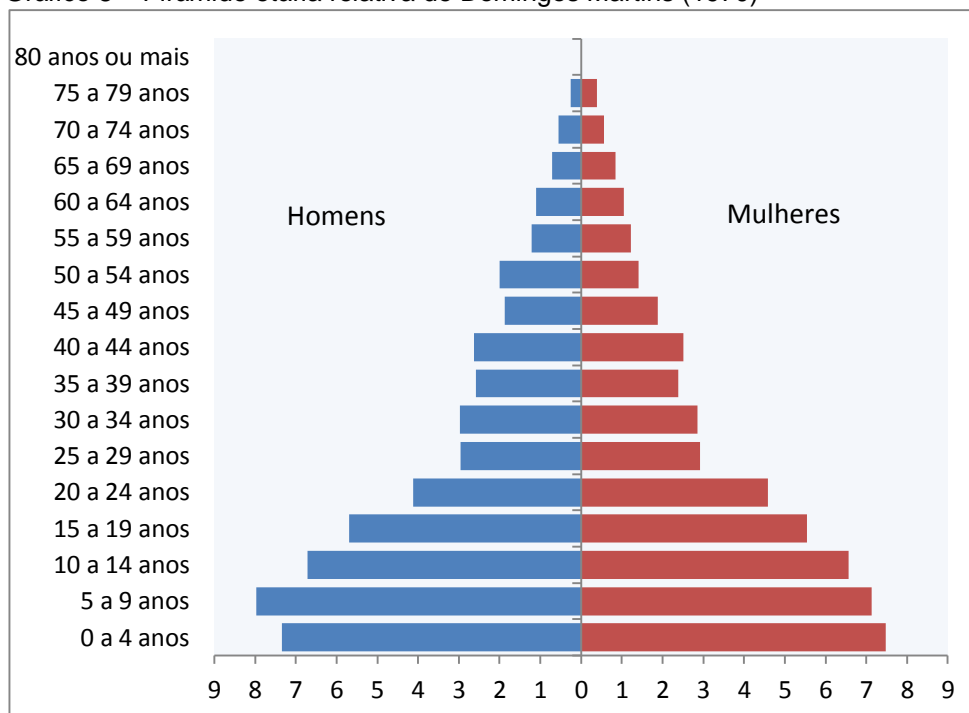
A “pirâmide etária” é um gráfico utilizado para ilustrar a divisão da população segundo o sexo e a idade com barras, cujo comprimento é proporcional ao número de homens, à esquerda, e de mulheres, à direita, nascidos em determinado ano e presentes em determinada data em território observado, conforme explica Jacquard (1998). Esse modelo gráfico pode ser construído empregando o número da população ou pirâmide absoluta, ou porcentagens que representem a proporção de indivíduos de cada grupo de idades na população total, ou pirâmide relativa, acrescenta Beaujeu-Garnier (1980).

Segundo Trewartha (1974), existem dois modelos principais de pirâmides etárias: as de base larga e topo estreito, características de países subdesenvolvidos, onde a fecundidade é alta e a mortalidade, apesar de apresentar, nos últimos anos, acentuada diminuição, ainda é grande; e as de perfil alongado, com configuração aproximada de um retângulo, características de países desenvolvidos, onde os índices de fecundidade e mortalidade são baixos. A pirâmide de transição traduz a passagem entre ambos os modelos.

A pirâmide etária de 1970, representada no gráfico 8, configura-se no modelo clássico, de forma piramidal, com base larga, devido ao grande número de jovens e

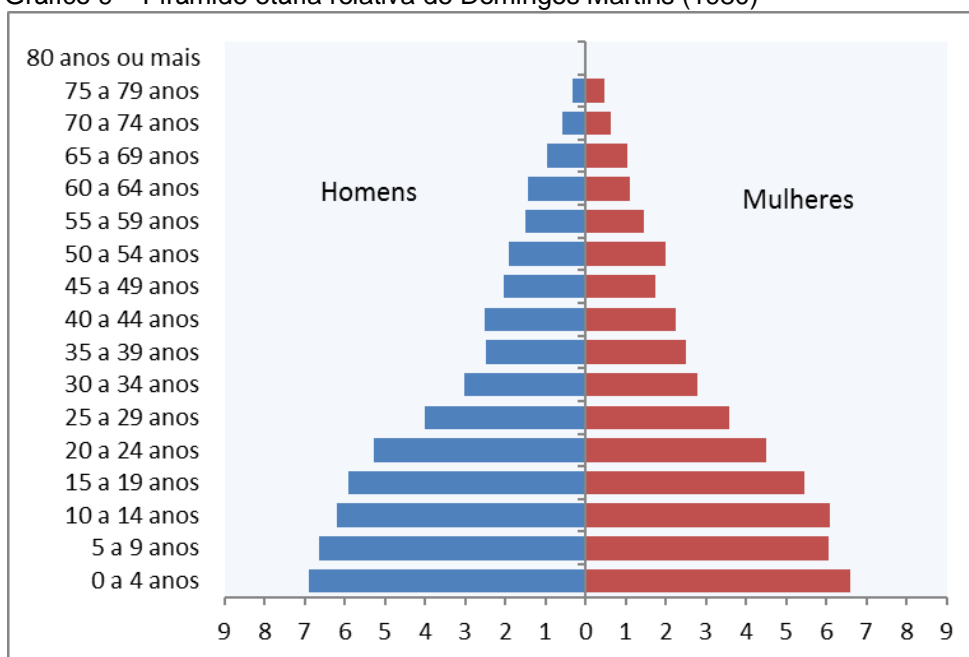
topo estreito, que representa a população idosa, que era pouco significativa, pois havia uma pequena proporção de pessoas que ultrapassavam os 70 anos de idade. Esse perfil etário prevaleceu até os anos de 1980, conforme se mostra no gráfico 9.

Gráfico 8 – Pirâmide etária relativa de Domingos Martins (1970)



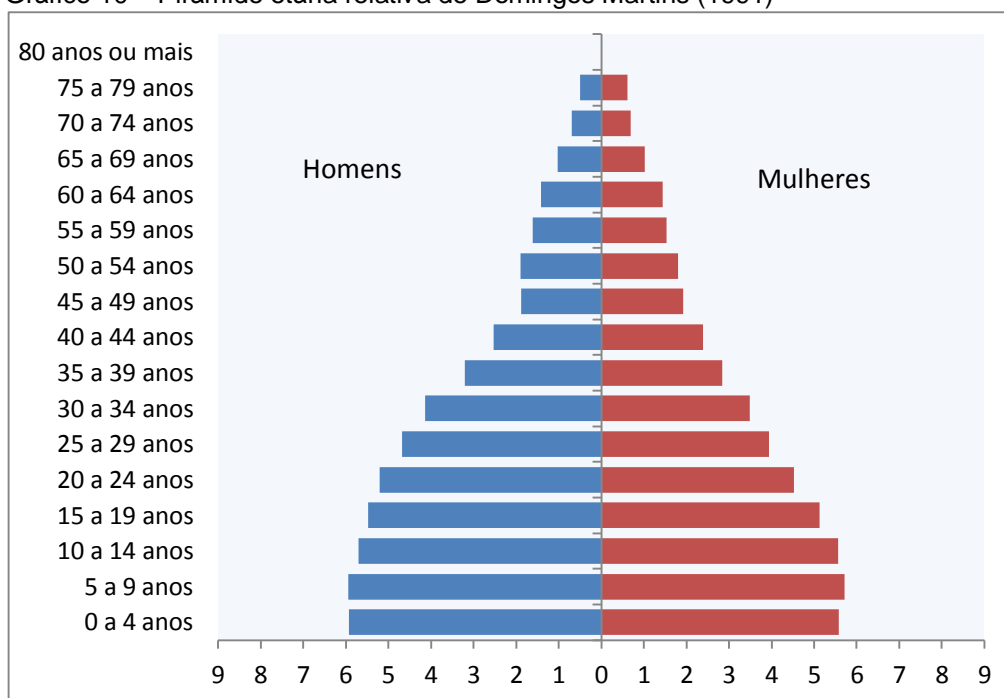
Fonte: Elaborado pela autora, 2017, com base em dados do IBGE.

Gráfico 9 – Pirâmide etária relativa de Domingos Martins (1980)



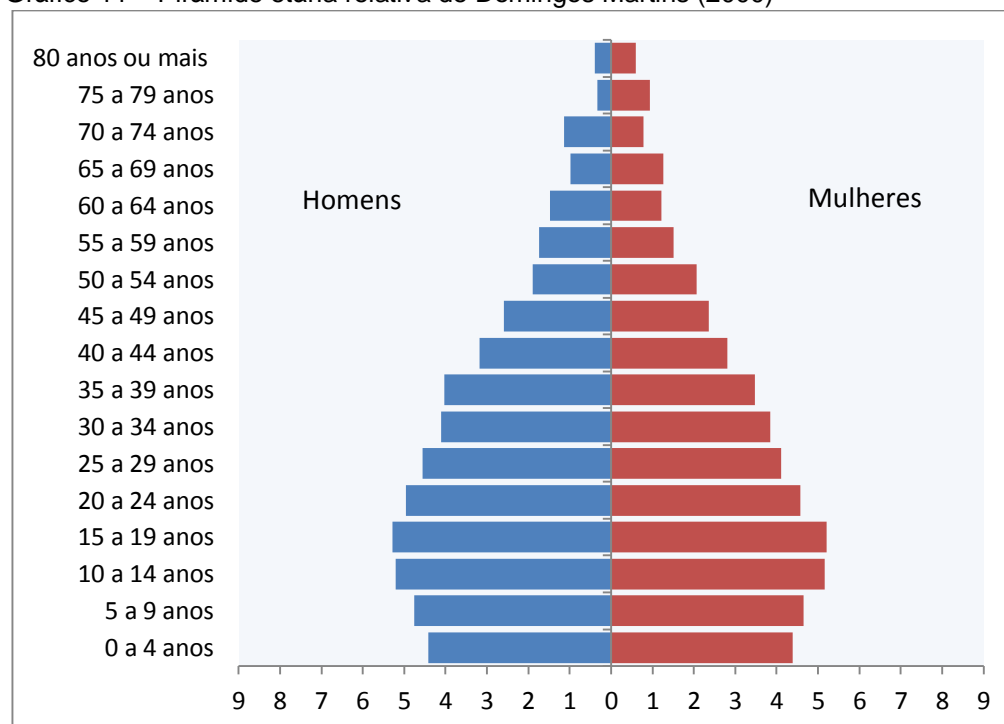
Fonte: Elaborado pela autora, 2017, com base em dados do IBGE.

Gráfico 10 – Pirâmide etária relativa de Domingos Martins (1991)



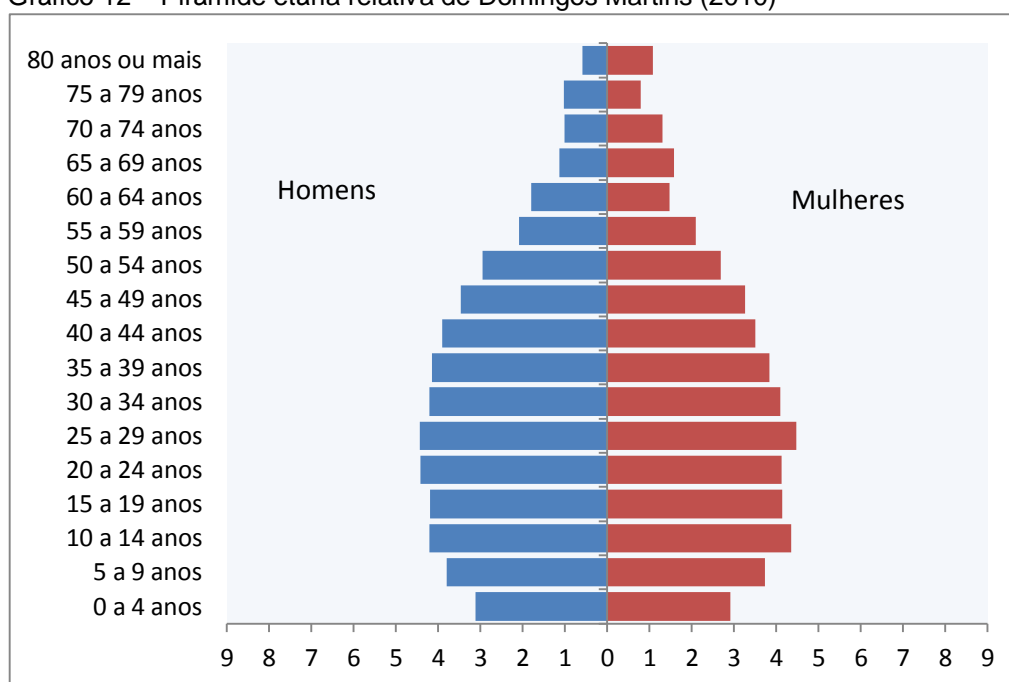
Fonte: Elaborado pela autora, 2017, com base em dados do IBGE.

Gráfico 11 – Pirâmide etária relativa de Domingos Martins (2000)



Fonte: Elaborado pela autora, 2017, com base em dados do IBGE.

Gráfico 12 – Pirâmide etária relativa de Domingos Martins (2010)



Fonte: Elaborado pela autora, 2017, com base em dados do IBGE.

Posteriormente, desde 1991, conforme podemos observar no gráfico 10, a pirâmide começa a se modificar para o modelo de transição, ocorrendo uma gradual diminuição de sua base e um pequeno aumento do topo. Nesse mesmo ano, ocorre uma diminuição da população total do município de Domingos Martins devido à saída dos distritos de Araguaia e Marechal Floriano, que se emanciparam politicamente, formando o município de Marechal Floriano.

A partir dos anos 2000, essa modificação se acentua cada vez mais. No gráfico 12, relativo a 2010, a pirâmide apresenta maior estreitamento da base e um alargamento do topo, evoluindo para a forma de “colmeia” ou “barril”, e cada vez mais o número de crianças e jovens diminui; em contrapartida, o número de adultos e idosos aumenta.

Posteriormente à análise dos indicadores populacionais do município de Domingos Martins, foi realizado um estudo de campo, a fim de levantar e caracterizar os programas e projetos voltados ao público idoso, além de buscar conhecer a realidade local em relação às políticas públicas e como estas são implantadas. Para isso, foram feitas entrevistas com os responsáveis pelo atendimento no município e

foram coletadas informações sobre a participação dos idosos nas diversas atividades.

3.4 DOMINGOS MARTINS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO IDOSA

Para melhor compreender a realidade local do município de Domingos Martins em relação às políticas públicas que são desenvolvidas para o grupo etário idoso, abordaremos o meio urbano e o meio rural distintamente, preservando suas peculiaridades. Foram estudados a sede de Domingos Martins, região urbana conhecida popularmente como Campinho, e o distrito de Ponto Alto, de características rurais.

3.4.1 Domingos Martins: sede Campinho

Os trabalhos com a população idosa em Campinho iniciaram-se há aproximadamente 25 anos, por iniciativa própria dos idosos locais, que se organizaram para as primeiras reuniões. Posteriormente, a prefeitura municipal colaborou para que o grupo da terceira idade efetivamente se formasse realizando o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo. No início eram poucos idosos, mas, com o passar dos anos, o número foi aumentando e hoje são 423 participantes. Atualmente os trabalhos são coordenados por dois funcionários da prefeitura¹⁸ que atuam de forma integrada, e os encontros na sede são realizados semanalmente, às sextas-feiras, das 13h às 17h, no Clube de Campinho (figura 65 – ANEXO D), no qual são realizadas diversas atividades (figuras 34 e 35), como alongamentos, ginástica, danças de salão, principalmente o forró, artesanato, jogos de tabuleiro, informática, coral. São realizadas também viagens com outros grupos para a Grande Vitória, onde ocorrem visitas ao shopping, Convento da Penha, praias.

Estão vinculados à sede os grupos das localidades de Santa Isabel, Soído, Biriricas, Pedra Azul, Pedra Branca, Melgaço e Melgacinho. Esses locais também realizam

¹⁸ Johnny Kleiton Thomas atua prioritariamente na sede e Margarete Maria Erlacher atua em Ponto Alto.

encontros semanais, porém ocorrem, com frequência, reuniões na sede para a troca de experiências e socialização entre os grupos.

Figura 34 – Encontro realizado no Clube de Campinho – Domingos Martins – Sede



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 35 – Encontro realizado no Clube de Campinho – Domingos Martins – Sede



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Há na cidade equipamentos públicos de lazer, como as praças saudáveis e academias populares, porém são pouco frequentadas pelos idosos, pois há falta de profissionais especializados para auxiliá-los nas atividades e exercícios.

Figura 36 – Praça Saudável – Domingos Martins – Sede



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

O CRAS (figura 66 – ANEXO D), em parceria com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), realiza diversas atividades e projetos voltados para o grupo etário idoso. O Conselho do Idoso no município conta atualmente 28 membros e busca realizar melhorias relacionadas à mobilidade urbana, cujo projeto visa conseguir a gratuidade no transporte público municipal e interestadual com o uso de carteirinhas para a população acima de 60 anos, promover outras atividades, como cursos de informática e artesanato para os idosos, e acompanhamento dos idosos martinenses que estão no lar de amparo aos idosos “Sou Feliz”, em Marechal Floriano, por meio de parcerias entre os municípios. O CRAS não conta ainda com as adaptações necessárias para atender idosos e portadores de necessidades especiais, como rampas de acesso, portas amplas e banheiros com barras de segurança.

Ademais, o CRAS colabora para a realização dos Jogos Abertos para os Idosos, que são realizados todos os anos, cujas etapas classificatórias ocorrem anteriormente nos grupos, e, no fim do ano, eles se reúnem para a disputa final. Entre as modalidades disputadas, incluem-se jogos de cartas (baralho), dominó, sinuca, dança de salão (forró), vôlei, e o concurso Miss e Mister Terceira Idade.

Figura 37 – Jogos Abertos para os Idosos – Domingos Martins



Fonte: Prefeitura Municipal de Domingos Martins, 2017.

Figura 38 – Jogos Abertos para os Idosos – Domingos Martins



Fonte: Prefeitura Municipal de Domingos Martins, 2017.

Figura 39 – Jogos Abertos para os Idosos – Domingos Martins



Fonte: Prefeitura Municipal de Domingos Martins, 2017.

Figura 40 – Jogos Abertos para os Idosos – Domingos Martins



Fonte: Prefeitura Municipal de Domingos Martins, 2017.

Os idosos ainda participam de outras atividades durante o ano, como o desfile que acontece durante a festa da Imigração Alemã, a Sommerfest.

Figura 41 – Desfile da “Sommerfest” em Domingos Martins – Sede



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Na área da saúde, a sede do município possui um setor de saúde e uma unidade de saúde. O setor de saúde realiza um atendimento prioritário para os idosos, como marcações de consultas com médicos clínicos e especialistas, sem precisar enfrentar filas. O local não possui banheiros adaptados, somente rampas (figura 67 – ANEXO D) e barras de segurança, o que facilita o deslocamento dos idosos.

De acordo com informações do Plano Municipal de Saúde de 2014¹⁹, adultos e idosos do município, acometidos de patologias crônicas, têm dificuldades de acesso e continuidade do cuidado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para tentar diminuir essas dificuldades, há o Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), que possui uma parte da população do município cadastrada e devidamente acompanhada. De acordo com o Sistema de informação do HIPERDIA (SIS-

¹⁹ Plano Municipal de Saúde de 2014 do município de Domingos Martins. Disponível em: <http://www.domingosmartins.es.gov.br/files/PDF/Plano_Municipal_Saude_2014_2017.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

HIPERDIA), no primeiro semestre de 2013, foram cadastrados 3.281 pacientes, a saber: 2.689 hipertensos (82%); 138 hipertensos e diabéticos tipo 1; 388 hipertensos e diabéticos tipo 2; 32 diabéticos tipo 1; e 34 tipo 2.

O Hospital e Maternidade Dr. Arthur Gerarhardt (figura 70 – ANEXO D) realiza atendimentos com caráter de urgência e emergência, possui médicos generalistas e especialistas e desenvolve atividades de clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. Realiza, em média, 140 internações por mês e conta com equipe de obstetras, clínicos gerais, pediatras, anestesiológicos, além do seu corpo assistencial composto por enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas, porém não possui um médico geriatra, especialista na saúde do idoso. O hospital possui um PA “portas abertas”, ou seja, ele está capacitado para realizar atendimentos de baixa e média complexidade, com aproximadamente dois mil atendimentos por mês, podendo atender pessoas de todo o Estado. Neste local, o atendimento não é prioritário por idade do paciente, e sim pelo caráter emergencial do caso; no entanto, o hospital atende, em sua maioria, pacientes idosos. O local não possui as adaptações necessárias, como corredores amplos e banheiros adaptados, possui apenas rampa de acesso.

Em 2007 foi criada a Política Municipal do Idoso e o Conselho Municipal de Defesa do Idoso, que são ações fundamentais para assegurar os direitos sociais das pessoas acima de 60 anos de idade, e tem como principal objetivo promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Entre as principais determinações da Política Municipal do Idoso, conforme o art. 4.º da Lei n.º 1880/2007, constata-se que:

- a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade e defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas por meio dessa política, e as diferenças econômicas,

sociais e particularmente as contradições entre o meio rural e o urbano deverão ser observadas pelo Poder Público e pela sociedade em geral;

- deve ser priorizado o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;
- devem-se apoiar o estudo e as pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Em 2009, foi criada a Lei n.º 2.193/2009, que dispõe sobre a prioridade no atendimento de pessoas idosas, ficando assegurado, no município de Domingos Martins, atendimento prioritário a pessoas idosas, com 60 anos de idade ou mais, em hospital público, postos de saúde e demais unidades médicas, ressalvados os casos de emergências comprovadas.

3.4.2 O distrito de Ponto Alto

Ponto Alto é um distrito da zona rural de Domingos Martins, localizado a 45km da sede do município e a 90km da capital Vitória. Os encontros da “terceira idade” de Ponto Alto se iniciaram há aproximadamente 25 anos, por iniciativa própria dos idosos locais, apoiados por uma funcionária da prefeitura que auxiliou na realização das primeiras reuniões. No início, poucos idosos participavam, porém, com o passar dos anos, o número de participantes aumentou significativamente, e hoje participam 326 idosos. Os trabalhos são coordenados por dois funcionários da prefeitura que atuam de forma conjunta.

Os encontros em Ponto Alto são realizados quinzenalmente, às segundas-feiras, das 13h às 17h, no CRAS (figura 71 – ANEXO D), onde são realizadas diversas atividades, como alongamentos, ginástica, danças de salão (forró), jogos de tabuleiro, bingo. Semanalmente, às terças-feiras, são realizadas aulas de informática e, às quartas-feiras, aulas de artesanato (figura 43). Além dos encontros no CRAS, são realizadas viagens com um ônibus exclusivo da terceira idade para sítios de lazer (figura 44) e para alguns pontos turísticos na Grande Vitória.

Estão vinculados ao grupo de Ponto Alto os grupos das localidades de Paraju, Perobas, Pena, São Rafael, Alto Paraju, Goiabeiras, Barra do Tijucu Preto, Fazenda

Reetz, Alto Rio Ponte, Rio ponte e Fazenda Schwanz. Nesses locais se realizam encontros mensais e é costume reunir-se com os demais grupos em Ponto Alto para a troca de experiências e socialização.

Figura 42 – Encontro da Terceira Idade em Ponto Alto



Fonte: Acervo da Prefeitura Municipal de Domingos Martins, 2017.

Figura 43 – Artesanato produzido no CRAS de Ponto Alto



Fonte: Acervo da Prefeitura Municipal de Domingos Martins, 2017.

Figura 44 – Viagem ao Sítio de Lazer pelo grupo de Ponto Alto



Fonte: Acervo da Prefeitura Municipal de Domingos Martins, 2017.

O distrito de Ponto Alto não possui academia popular ou um local específico para a realização de atividades físicas para os idosos. Algumas atividades físicas, como alongamento e ginástica, são realizadas durante os encontros semanais no CRAS.

Figura 45 – Atividades físicas realizadas no CRAS de Ponto Alto



Fonte: Acervo da Prefeitura Municipal de Domingos Martins, 2017.

Em relação à saúde, o local possui uma Unidade Básica de Saúde da Família, que realiza consultas com médico generalista, mas as consultas com especialistas são encaminhadas à sede do município. Nessa unidade de saúde, os idosos possuem atendimento prioritário, pois não precisam enfrentar filas como o restante da

população. Além disso, eles contam com grupos, como o de hipertensão, com os quais são realizadas reuniões e entre os quais são distribuídos remédios gratuitos.

3.4.3 Entrevistas com os idosos de Domingos Martins (sede) e Ponto Alto

Com o objetivo de conhecer a realidade local e as políticas públicas que são desenvolvidas com os idosos da sede de Domingos Martins e de Ponto Alto, realizamos um estudo de caso com o “Grupo da Terceira Idade” e entrevistamos os participantes dos encontros desenvolvidos pela prefeitura, o que possibilitou traçar um perfil demográfico e socioeconômico dos idosos do grupo participante e levantar questões sobre família, renda, saúde, participação nos encontros, assim como obter informações, opiniões e expectativas sobre as políticas públicas dirigidas ao segmento idoso.

O método selecionado para realizar esta pesquisa foi o estudo de caso, por se mostrar adequado ao caso de estudos de temas para os quais há insuficiência de informações e de estudos específicos. O estudo de caso é utilizado para obter conhecimento de um fenômeno ou evento mais amplo, por meio de um estudo mais aprofundado de casos mais específicos.

Segundo Gil (2002, p. 54), o método “[...] consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento [...]”, tarefa praticamente impossível de realizar com a aplicação de outras metodologias.

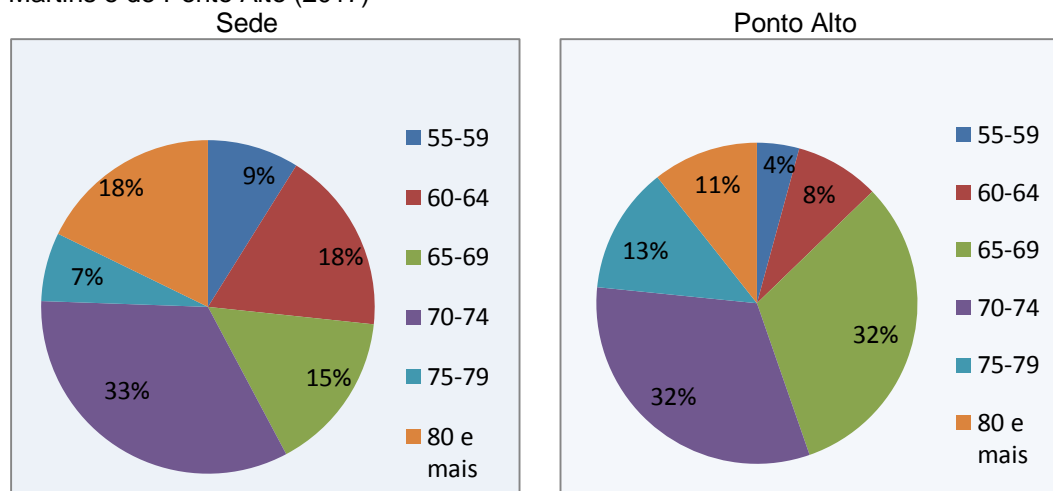
Diante da impossibilidade de realizar para esta dissertação a pesquisa com toda a população idosa de Domingos Martins, foram escolhidos dois locais que oferecem atividades para idosos, um urbano, na sede do município, e outro rural, no distrito de Ponto Alto. É importante ressaltar que não se podem generalizar os resultados do estudo, porém espera-se, com a aplicação desta metodologia, apreender aspectos relevantes revelados pelos dois grupos, que poderão contribuir para a compreensão e para o avanço do conhecimento da realidade, necessidades e expectativas do segmento idoso no município estudado.

Assim sendo, são usadas múltiplas fontes de evidências para levantar informações, como questionários (ANEXO G), entrevistas estruturadas ou semiestruturadas. O resultado da aplicação dos vários procedimentos está relatado a seguir.

No município de Domingos Martins, foram entrevistados 92 idosos no total, os quais foram os que se dispuseram a responder aos questionários durante os encontros da Terceira Idade. Na sede Domingos Martins, entrevistamos 45 pessoas que frequentam o Grupo da Terceira Idade regularmente e participaram dos encontros nos dias 26 de maio e 7 de julho de 2017. Os entrevistados possuem idades variando de 55 a 92 anos. Na localidade de Ponto Alto, entrevistamos 47 pessoas que participaram do encontro em 29 de maio de 2017. Os entrevistados possuem idades variando de 55 a 87 anos. Apesar de se considerarem idosos aqueles com idade de 60 anos ou mais, foram incluídos participantes com idade inferior, pois eles frequentam o grupo há bastante tempo e demonstraram interesse em participar da pesquisa.

Observamos que na sede o maior número de idosos se encontra no grupo etário de 70 a 74 anos, que congrega 33% dos participantes. Em Ponto Alto, a maioria dos idosos se encontra nos grupos etários de 65 a 69 anos e de 70 a 74 anos, com 32% para cada grupo, conforme se mostra no gráfico 13, o que demonstra que são idosos ativos que participam das atividades físicas e de lazer propostas. É importante destacar também que o Grupo de Terceira Idade conta idosos com 80 anos ou mais, que possuem a mobilidade reduzida, para cuja faixa etária devem ser pensadas atividades diferenciadas nos encontros, até mesmo para que outros idosos da comunidade também se sintam mais estimulados a participar. Verifica-se que, em ambos os locais, há uma participação importante do grupo etário de 70 a 74 anos.

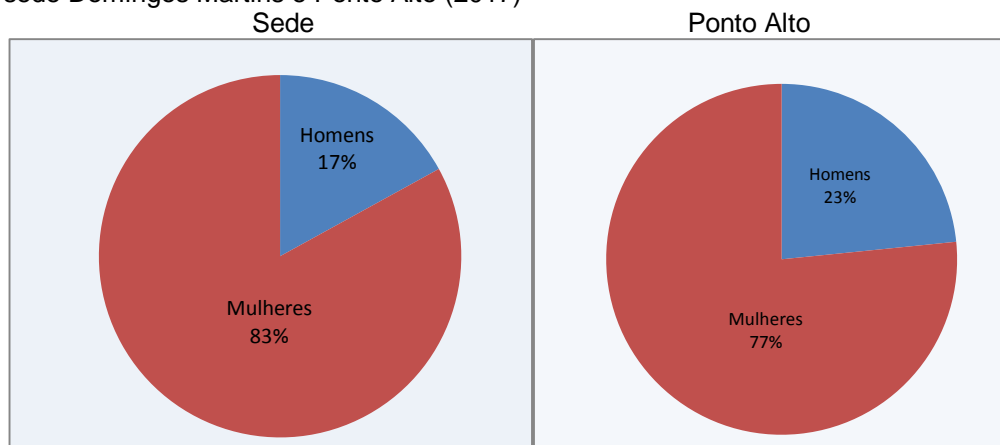
Gráfico 13 – Idade dos Idosos frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede Domingos Martins e de Ponto Alto (2017)



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas, 2017.

Em relação ao sexo, observamos, no gráfico 14, a constatação, já observada em outros estudos, da preferência das mulheres pelas atividades comumente oferecidas para os grupos idosos: Na sede Domingos Martins, dos 45 entrevistados, 37 eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino; em Ponto Alto, dos 47 entrevistados, 36 eram do sexo feminino e 11 do sexo masculino. Um fator importante que atrai maior número de mulheres para os encontros são as atividades desenvolvidas, como o artesanato, e as atividades manuais, e muitas vezes faltam atividades que atraem o público masculino. Em Ponto Alto, a participação masculina é maior, comparada com a da sede, isso pode ser explicado devido às atividades que são desenvolvidas durante os encontros, como os jogos de baralho e dominó, que atraem principalmente o público masculino.

Gráfico 14 – Distribuição por Sexo dos Idosos frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede Domingos Martins e Ponto Alto (2017)



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas, 2017.

Quanto ao estado civil, os idosos entrevistados apresentam características diferentes nos dois locais pesquisados. Na sede, predominam os viúvos que representam 40% do total e os casados 31,12%. Observamos que a maioria desses entrevistados é composta por mulheres e viúvas – uma característica comum nesse grupo populacional –, como afirma Salgado (2002), pois tradicionalmente a mulher se casa com homens mais velhos. Além disso, a elevada mortalidade masculina nas idades jovens/adultas, devido às chamadas causas externas, como envolvimento em acidentes e maior ingestão de bebidas alcoólicas, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge. Já em Ponto Alto, há uma inversão na representação das categorias do estado civil: predominam os casados (59,6%) seguidos dos viúvos (34%).

Outra diferença diz respeito à representação dos divorciados ou separados: são 20% na sede e 4,3% em Ponto Alto, podendo indicar costumes mais tradicionais relativos à separação na zona rural, explicando também a representação mais elevada dos casados em Ponto Alto. A representação dos solteiros é de 6% na sede e de 2,1% em Ponto Alto, e a união estável na sede corresponde a 2,22%.

A composição familiar está relacionada à representação das categorias do estado civil. Na sede, 40% dos entrevistados vivem sozinhos, 22,2% com o cônjuge; 15,5%, com os filhos; 13,5%, com amigos ou outros membros; e 8,8%, com o cônjuge e os filhos. Em Ponto Alto, a maioria (27,7%) vive com o cônjuge e filhos, ou somente com o cônjuge (25,5%), pois os filhos já deixaram suas casas para formar outra

família; 23,4% vivem sozinhos; 14,9%, com os filhos; e 8,5%, com outros membros da família. Correlacionada com a estrutura do estado civil e com o tamanho da família, em geral maior na zona rural, a maioria das residências dos entrevistados da sede possui um morador (40%); dois moradores (28%) ou até três moradores (24,4%); quatro (4,44%) ou cinco moradores (2,22%). Já a maioria das residências dos entrevistados de Ponto Alto possui dois (36,2%) ou três (25,5%) moradores, um morador (23,4%), quatro moradores (6,4%) e cinco moradores (8,5%).

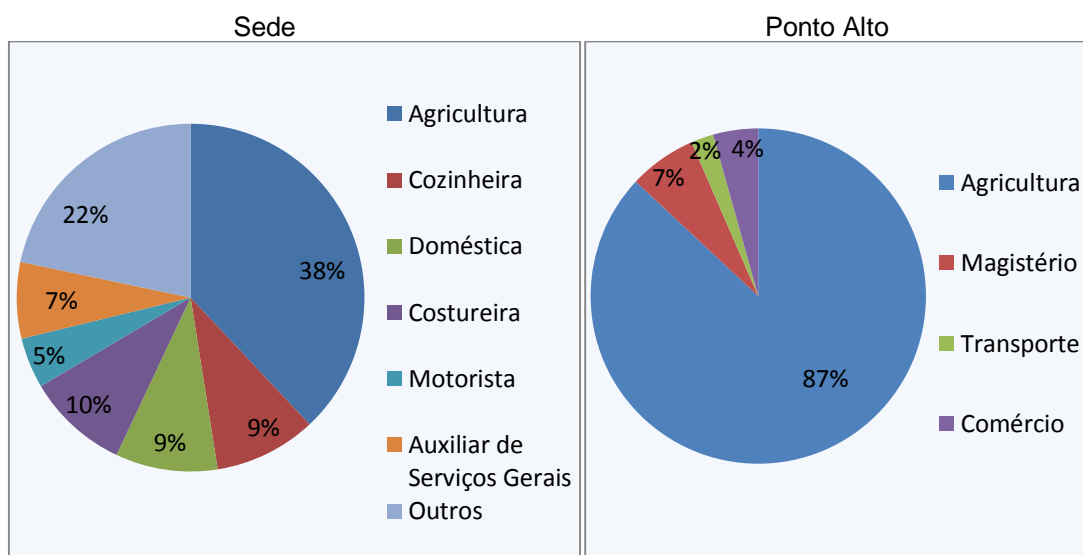
Quando pesquisamos a situação socioeconômica da sede, observamos que a grande maioria possui alguma renda e contribui para as despesas da residência (97%). A maior parte dos idosos (71%) recebem uma aposentadoria e 13% contam com a pensão do marido. Constata-se que, mesmo usufruindo esses benefícios, 24% dos idosos ainda exercem algum tipo de atividade remunerada: 6% complementam sua renda com a agricultura e 4% trabalham como diaristas. Observamos que 38% desses idosos sempre dependeram do meio rural para o sustento de suas famílias e que muitas idosas exerceram algumas profissões, como costureira, cozinheira e doméstica, profissões exercidas majoritariamente por mulheres que não tiveram a oportunidade de estudar quando mais novas. Essas informações são confirmadas quando analisamos o grau de instrução dos idosos entrevistados, pois a maioria (62%) tem apenas o curso primário incompleto e apenas 22% concluíram essa etapa da escolarização.

Pesquisando a situação socioeconômica dos idosos de Ponto Alto, observamos que a grande maioria é aposentada (93,6%) e contribui para as despesas da residência (97,9%) e que, apesar de usufruir esse benefício, muitos idosos também precisam complementar sua renda com a agricultura (29,8%), pois a localidade estudada está situada na zona rural do município e sua economia está baseada principalmente nessa fonte de renda; ademais, 87% desses idosos sempre dependeram do meio rural para o sustento de suas famílias. Já com relação ao grau de instrução, a maioria (63,8%) tem apenas o curso primário incompleto e apenas 14,9 concluíram essa etapa da escolarização, fator que está diretamente relacionado à pouca oportunidade de trabalho, dependendo exclusivamente da agricultura, pois, no passado, as famílias eram mais numerosas, os filhos eram considerados mão de obra e as crianças deveriam auxiliar seus pais nas tarefas diárias, sobrando pouco

tempo para se dedicarem aos estudos. Logo, o baixo grau de instrução reflete atualmente na renda.

Os resultados do estudo mostram que a situação econômica verificada na sede, por ser um meio urbano, difere da de Ponto Alto, por estar localizada no meio rural. Na sede, os idosos, antes da aposentadoria, realizavam trabalhos mais diversificados, como costureira, cozinheira e auxiliar de serviços gerais; já em Ponto Alto, a maioria sempre buscou seu sustento na agricultura, como se mostra no gráfico 15.

Gráfico 15 – Atividades realizadas antes da aposentadoria pelos idosos frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede Domingos Martins e Ponto alto (2017)



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas, 2017.

Em relação à saúde, na sede, 84% dos idosos relataram possuir alguma doença e fazer uso de algum tipo de medicamento para auxiliar no tratamento. Entre as doenças mais citadas, estão a hipertensão (27,3%), diabetes (13,6%), colesterol elevado (10,9%) e problemas na coluna (6,8%). Em Ponto Alto, 83% dos idosos relataram possuir alguma doença e fazer uso de algum tipo de medicamento para auxiliar no tratamento, e, entre as doenças mais citada, estão a hipertensão (34,7%), diabetes (12%), problemas de estômago (6,7%), problemas na coluna (5,3%) e colesterol elevado (5,3%).

Alguns idosos relataram mais de um problema de saúde, entre os quais as doenças ligadas ao desgaste físico do corpo, como osteoporose e problemas nas

articulações. Na tabela 11, estão listadas tanto as doenças citadas pelos idosos da sede Domingos Martins e de Ponto Alto como a frequência com que foram citadas.

TABELA 11 – TIPOS DE DOENÇAS RELATADAS PELOS IDOSOS FREQUENTADORES DO GRUPO DA TERCEIRA IDADE DA SEDE DOMINGOS MARTINS E DE PONTO ALTO (2017)

| Número de ordem | Sede | | Número de ordem | Ponto Alto | |
|-----------------|-----------------------|------|-----------------|----------------------------|------|
| | Doenças | % | | Doenças | % |
| 1 | Hipertensão | 27,3 | 1 | Hipertensão | 34,7 |
| 2 | Diabetes | 13,6 | 2 | Outras | 13,0 |
| 3 | Colesterol elevado | 10,9 | 3 | Diabetes | 12,0 |
| 4 | Outras | 6,8 | 4 | Problemas de estômago | 6,7 |
| 5 | Coluna | 6,8 | 5 | Coluna | 5,3 |
| 6 | Osteoporose | 5,4 | 6 | Colesterol elevado | 5,3 |
| 7 | Tireoide | 5,4 | 7 | Artrose | 4,1 |
| 8 | Artrose | 5,4 | 8 | Problemas cardíacos | 2,7 |
| 9 | Problemas cardíacos | 5,4 | 9 | Depressão | 2,7 |
| 10 | Problemas de estômago | 4,9 | 10 | Artrite | 2,7 |
| 11 | Artrite | 2,7 | 11 | Labirintite | 2,7 |
| 12 | Depressão | 2,7 | 12 | Alergia | 2,7 |
| 13 | Asma | 2,7 | 13 | Glaucoma | 2,7 |
| | | | 14 | Problemas nas articulações | 2,7 |

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas, 2017.

O problema de saúde mais citado pelos idosos da sede e de Ponto Alto foi a hipertensão, seguido do diabetes. Entre as principais doenças citadas em ambos os grupos, incluem-se o colesterol elevado, os problemas de coluna e a artrose. A categoria “Outras” da sede, com representação de 6,8% do total, inclui problemas de nervos, reumatismo, trombose, varizes e sinusite. Já em Ponto Alto, a categoria “Outras”, com representação de 13% do total de doenças citadas, agrupa problemas de visão, osteoporose, tireoide, problemas hepáticos, reumatismo, catarata, próstata, trombose e problemas de pulmão.

Dentre os idosos da sede, 86% fazem uso de algum tipo de medicamento, 36% utilizam medicamentos para auxiliar o controle da hipertensão e a maioria (75%) utiliza a Unidade de Saúde Municipal para fazer algum tipo de tratamento, e 47% fazem consultas de rotina ou de prevenção. Dentre os entrevistados, 60% disseram que utilizam medicamentos gratuitos disponibilizados pela unidade de saúde e que 48% desses medicamentos são para o tratamento da hipertensão. A maior parte (82%) dos idosos relatou que não possuem plano de saúde.

Em Ponto Alto, a realidade é semelhante, pois 54% dos idosos entrevistados fazem uso de medicamento para auxiliar o tratamento da hipertensão e a maioria (80%) utiliza a Unidade de Saúde Municipal para fazer algum tipo de tratamento: consultas de rotina ou de prevenção (25,5%). A unidade de saúde de Ponto Alto, a cada dois meses, realiza encontros com os hipertensos para fazer o controle do peso, medir a circunferência abdominal e medir a pressão arterial, aos quais são entregues receitas para a retirada de medicamento gratuito na unidade de saúde e na farmácia popular do bairro. Assim como na sede, grande parte dos entrevistados de Ponto Alto (70%) recebem medicamentos gratuitos da unidade de saúde, dos quais 28% são para o tratamento da hipertensão. Esse acompanhamento realizado na rede pública de saúde é importante, pois 95,6% dos idosos relataram que não possuem plano de saúde, dependem do Sistema Único de Saúde e, quando não conseguem consultas com especialistas, necessitam recorrer a clínicas particulares.

Quando questionados sobre as políticas públicas e sobre as atividades voltadas para o público idoso, 93% dos idosos da sede e 87% dos entrevistados de Ponto Alto disseram que as únicas atividades de esporte e lazer do seu bairro são realizadas durante os encontros da terceira idade. Todos os entrevistados da sede e 89,4% dos de Ponto Alto afirmaram participar assiduamente dos encontros.

Quanto à preferência pelas atividades oferecidas, os idosos dos dois grupos demonstraram forte predileção pelas danças/forró, que concentram, respectivamente, 42% e 39,3% das atividades de que os idosos da sede e de Ponto Alto mais gostam de participar. Os idosos da sede destacaram também os passeios (20%) realizados para visitar outros grupos ou outras localidades, as conversas (19%), enquanto os de Ponto Alto citaram também os passeios (26,2%), artesanato e ginástica, conforme se ilustra na tabela 12.

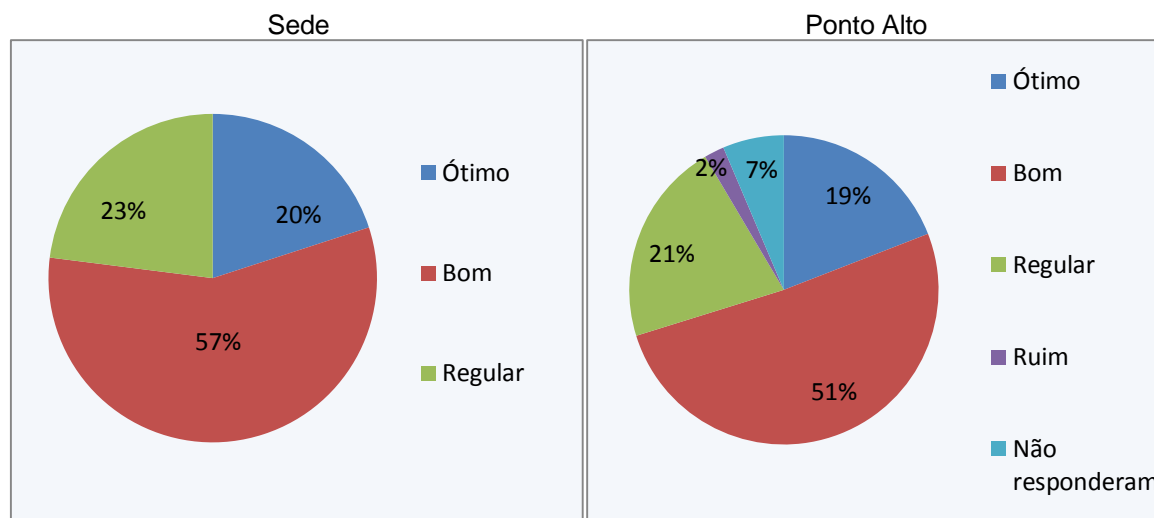
TABELA 12 – ATIVIDADES DE QUE OS IDOSOS FREQUENTADORES DO GRUPO DA TERCEIRA IDADE DA SEDE DOMINGOS MARTINS E DE PONTO ALTO MAIS GOSTAM DE PARTICIPAR (2017)

| Número de ordem | Sede | | Número de ordem | Ponto Alto | |
|-----------------|-----------------------------|------|-----------------|----------------------------|------|
| | Atividades | % | | Atividades | % |
| 1 | Danças/forró | 42,0 | 1 | Danças/forró | 39,3 |
| 2 | Passeios | 20,0 | 2 | Passeios | 26,2 |
| 3 | Conversar | 19,0 | 3 | Artesanato | 9,5 |
| 4 | Ginástica | 3,5 | 4 | Ginástica | 8,2 |
| 5 | Bingo | 3,5 | 5 | Conversar | 6,0 |
| 6 | Participar da administração | 2,4 | 6 | Convivência com as pessoas | 2,4 |
| 7 | Lanche | 2,4 | 7 | Brincadeiras | 2,4 |
| 8 | Artesanato | 2,4 | 8 | Baralho | 2,4 |
| 9 | Convivência com as pessoas | 1,2 | 9 | Bingo | 1,2 |
| 10 | Ouvir música | 1,2 | 10 | Jogos | 1,2 |
| 11 | Jogos | 1,2 | 11 | Palestras | 1,2 |
| 12 | Brincadeiras | 1,2 | | | |

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas, 2017.

Os idosos entrevistados avaliaram as políticas públicas e as atividades que são realizadas no município. As políticas públicas tiveram melhor avaliação do grupo da sede, em que 77% dos idosos atribuíram conceitos Ótimo (20%) e Bom (57%). Em Ponto Alto, esses conceitos foram conferidos por 70% dos entrevistados (Ótimo:19%, Bom: 51%). As políticas e as atividades foram avaliadas com o conceito Regular por 23% dos entrevistados da sede e 21% de Ponto Alto. A avaliação mais negativa, “Ruim”, foi apontada, somente em Ponto Alto, por 2% dos participantes. Segundo os idosos de ambos os grupos, o trabalho é bom, porém afirmam que há muitas melhorias a serem realizadas (gráfico 16).

Gráfico 16 – Avaliação das políticas públicas do município de Domingos Martins pelos frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede e de Ponto Alto (2017)



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas, 2017.

Em relação às principais dificuldades enfrentadas pelos idosos, algumas são comuns aos dois grupos, como falta de rampa, de médico, de iniciativa, e os idosos da sede destacam, como principal particularidade, a ênfase dada à falta de um local para o Centro de Convivência.

Na sede de Domingos Martins, dos 45 idosos entrevistados 15 não responderam, e dos que responderam 65% disseram que um dos maiores problemas é a falta de um local próprio para os encontros, ou um centro de convivência, pois atualmente os encontros são realizados em um auditório pequeno, com capacidade para poucas pessoas. O acesso a esse local é feito por uma escada, o que impede a participação de muitos idosos que possuem alguma necessidade especial ou pouca mobilidade. Ainda 10% disseram que falta um local com rampa para a realização dos encontros e afirmaram que há problemas na área da saúde, como a falta de médicos (5%). Esses e outros problemas foram listados na tabela 13.

As principais e maiores dificuldades enfrentadas pelos idosos do grupo de Ponto Alto foram as seguintes: 17,2% disseram que um dos maiores problemas é a falta de rampa na unidade de saúde do bairro; 13,8% afirmaram que os maiores problemas estão na área da saúde e na falta de médicos; e 10,5% indicaram a falta de iniciativa e a falta de uma academia popular no bairro.

TABELA 13 – DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS IDOSOS FREQUENTADORES DO GRUPO DA TERCEIRA IDADE DA SEDE DOMINGOS MARTINS E DE PONTO ALTO (2017)

| Número de ordem | Sede | | Número de ordem | Ponto Alto | |
|-----------------|---|------|-----------------|--|------|
| | Dificuldades enfrentadas pelos idosos | % | | Dificuldades enfrentadas pelos idosos | % |
| 1 | Falta de um local próprio para os encontros/Centro de Convivência | 65,0 | 1 | Falta de rampa na unidade de saúde | 17,2 |
| 2 | Falta de um local com rampa | 10,0 | 2 | Falta de médico | 13,8 |
| 3 | Falta de médico | 5,0 | 3 | Problemas na saúde | 13,8 |
| 4 | Falta de médico geriatra | 2,5 | 4 | Falta de iniciativa | 10,5 |
| 5 | Falta de iniciativa | 2,5 | 5 | Falta de academia popular | 10,5 |
| 6 | Falta de academia popular | 2,5 | 6 | Falta de local próprio para os encontros | 6,9 |
| 7 | Falta de transporte gratuito (município) | 2,5 | 7 | Deslocamento até os encontros | 6,9 |
| 8 | Falta de rampa no CRAS | 2,5 | 8 | Falta de médico geriatra | 3,4 |
| 9 | Falta de médicos especialistas | 2,5 | 9 | Falta de rampa nos locais | 3,4 |
| 10 | Deslocamento até os encontros | 2,5 | 10 | Falta de transporte gratuito | 3,4 |
| 11 | Ruas sem calçadas | 2,5 | 11 | Falta de médicos especialistas | 3,4 |
| | | | 12 | Assistência médica | 3,4 |
| | | | 13 | Ruas sem calçadas | 3,4 |

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas, 2017.

Como os maiores problemas que foram relatados estão na área da saúde, solicitamos que eles sugerissem melhorias para a saúde pública municipal voltada para o atendimento da faixa etária idosa. Tanto na sede como em Ponto Alto, 42,5% e 50% dos entrevistados, respectivamente, disseram que poderia haver mais médicos na unidade de saúde. A falta de um médico geriatra, especialista na saúde do idoso para atender no município, foi apontada por 12,7% dos entrevistados da sede e 22,5% de Ponto Alto. Foi também ressaltada a necessidade de haver mais especialistas para atender às diferentes áreas, por 12,7% dos entrevistados da sede e por 15% dos idosos entrevistados de Ponto Alto. Essas e outras sugestões foram listadas na tabela 14.

| Tabela 14 – O que poderia melhorar na saúde pública em Domingos Martins segundo os idosos frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede e de Ponto Alto (2017) (continua) | | | | | |
|--|----------------------------|------|-----------------|----------------------------|------|
| Número de ordem | Sede | | Número de ordem | Ponto Alto | |
| | Melhorias na saúde pública | % | | Melhorias na saúde pública | % |
| 1 | Mais médicos | 42,5 | 1 | Mais médicos | 50,0 |
| 2 | Médico geriatra | 12,7 | 2 | Médico geriatra | 22,5 |
| 3 | Mais médicos especialistas | 12,7 | 3 | Mais médicos especialistas | 15,0 |

| Tabela 14 – O que poderia melhorar na saúde pública em Domingos Martins segundo os idosos frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede e de Ponto Alto (2017) (conclusão) | | | | | |
|---|------------------------------------|-----|----|-----------------------------------|-----|
| 4 | Mais remédios | 8,5 | 4 | Resultados de exames mais rápidos | 5,0 |
| 5 | Melhoria no atendimento | 6,5 | 5 | Melhoria no atendimento | 2,5 |
| 6 | Resultados mais rápidos dos exames | 6,5 | 6 | Mais remédios | 2,5 |
| 7 | Atendimento no hospital | 4,3 | 7 | Atendimento no hospital | 2,5 |
| 8 | Encaminhamento médico | 2,1 | 8 | | |
| 9 | Triagem nas consultas | 2,1 | 9 | | |
| 10 | Falta de palestras com médicos | 2,1 | 10 | | |

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas, 2017.

Em relação aos pontos positivos que foram destacados pelos idosos da sede, a existência do Grupo da Terceira Idade foi listada por 48,0% dos participantes, pois, para muitos idosos locais, os encontros são a única opção de lazer e divertimento que eles frequentam. Os passeios que são realizados com o Grupo da Terceira Idade para visitar outros grupos e participar dos encontros em outros municípios foram ressaltados por 14,5% dos idosos. Para essas atividades, os idosos contam com um ônibus exclusivo destacado por 10,7% dos entrevistados. Para 14,5%, só existem pontos positivos. Os outros pontos positivos foram listados na tabela 15.

Em relação aos pontos positivos, listados pelos idosos de Ponto Alto, foi destacado também o Grupo da Terceira Idade com 31,3%. Outro ponto positivo ressaltado é o “ônibus da saúde”, disponibilizado pela prefeitura, para levar as pessoas até a Grande Vitória para consultas e atendimentos hospitalares, indicado por 15,6% dos entrevistados, dos quais 12,5% indicaram como positivo. A seguir, situam-se, com 12,5% das citações para cada ponto, os ônibus para passeios, assim como os passeios que são realizados com o Grupo da Terceira Idade, para visitar outros grupos e participar dos encontros em outros municípios.

| Tabela 15 – Pontos positivos dos programas voltados para os idosos em Domingos Martins, segundo os frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede e de Ponto Alto (2017) (continua) | | | | | |
|---|----------------------------------|------|-----------------|----------------------------------|------|
| Número de ordem | Sede | | Número de ordem | Ponto Alto | |
| | Pontos positivos dos programas | % | | Pontos positivos dos programas | % |
| 1 | Grupo/encontro da terceira idade | 48,0 | 1 | Grupo/encontro da terceira idade | 31,3 |
| 2 | Passeios | 14,5 | 2 | Ônibus da saúde | 15,6 |

| Tabela 15 – Pontos positivos dos programas voltados para os idosos em Domingos Martins, segundo os frequentadores do Grupo da Terceira Idade da sede e de Ponto Alto (2017) (conclusão) | | | | | |
|--|---|------|----|---|------|
| 3 | Está tudo bom | 14,5 | 3 | Ônibus para passeios | 12,5 |
| 4 | Ônibus para passeios | 10,7 | 4 | Passeios | 12,5 |
| 5 | Prioridade no atendimento | 3,8 | 5 | Atendimento | 10,9 |
| 6 | Atendimento | 1,7 | 6 | Está tudo bom | 9,3 |
| 7 | Ginástica | 1,7 | 7 | Prioridade no atendimento | 6,3 |
| 8 | Psicólogo | 1,7 | 8 | Acolhimento do programa da terceira idade | 1,6 |
| 9 | Ônibus da saúde | 1,7 | 9 | | |
| 10 | Acolhimento do programa da terceira idade | 1,7 | 10 | | |

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas, 2017.

Os idosos da sede e de Ponto Alto colaboraram também indicando sugestões para a melhoria dos programas voltados para o atendimento da terceira idade.

Entre as principais contribuições do grupo da sede, 16,8% sugeriram a reativação do Grupo de Dança Alemã da Terceira Idade, o qual se apresentava nas festividades municipais e atualmente está inativo. Também 16,8% do grupo ressaltaram a importância da conservação das ruas e calçadas no município, para melhorar o acesso dos idosos a alguns locais. Outras sugestões foram as seguintes: apresentação de palestras com temas voltados para a saúde e bem-estar; reativação do Coral da Terceira Idade; incentivos para maior participação do público masculino, incluindo um espaço para jogar baralho, dominó e “jogo de massa”, pois estas são as principais atividades realizadas pelos homens; criação de uma Associação da Terceira Idade, assim como a necessidade de um profissional específico para realizar as atividades físicas. A necessidade da construção de um local específico para reuniões e encontros diários também foi apontada pelos entrevistados, como um centro de convivência, em que eles pudessem encontrar-se, conversar e realizar atividades recreativas. E sugeriram também mais atividades motoras, como caligrafia, alfabetização, e atividades para desenvolver a fala, com o auxílio de fonoaudiólogos.

Com relação aos idosos de Ponto Alto, duas sugestões apareceram no topo do *ranking* com 21,4% das indicações: a necessidade de um profissional específico para realizar as atividades físicas e a construção de uma academia popular no

bairro, pois os idosos não possuem um local próprio para a realização de exercícios físicos nem aparelhos apropriados. A necessidade da construção de um local específico para reuniões e encontros diários foi apontada por 14,3% dos entrevistados, como um centro de convivência, no qual eles pudessem encontrar-se, conversar e realizar atividades recreativas. Os homens também sugeriram um espaço para jogar baralho, dominó e “jogo de massa”: 14,3% destacaram a necessidade da hidroginástica como forma de exercício físico e 14,3% também disseram que gostariam de maior número de palestras sobre temas de saúde e bem-estar, com médicos e profissionais da saúde. As origens da comunidade estão presentes nas sugestões apresentadas por 7,2% do grupo, que indicaram a reativação do grupo de dança alemã do município, pois ele existiu há alguns anos e atualmente não está em atividade. Também 7,1% dos entrevistados afirmaram a necessidade de mais funcionários para auxiliar nos encontros. Todas essas sugestões estão listadas na tabela 16.

TABELA 16 – SUGESTÕES DE MELHORIAS A SEREM IMPLANTADAS EM DOMINGOS MARTINS, APRESENTADAS PELOS FREQUENTADORES DO GRUPO DA TERCEIRA IDADE DA SEDE E DE PONTO ALTO (2017)

| Número de ordem | Sede | | Número de ordem | Ponto Alto | |
|-----------------|--|------|-----------------|--|------|
| | Sugestões de melhorias | % | | Sugestões de melhorias | % |
| 1 | Grupo de dança alemã | 16,8 | 1 | Profissional específico para as atividades físicas | 21,4 |
| 2 | Melhoria no acesso na rua (calçadas) | 16,8 | 2 | Falta de uma academia popular | 21,4 |
| 3 | Apresentação de palestras | 8,3 | 3 | Apresentação de palestras | 14,3 |
| 4 | Falta de um lugar para os idosos passarem o dia (centro de convivência diário) | 8,3 | 4 | Falta de um lugar para os idosos passarem o dia (centro de convivência diário) | 14,3 |
| 5 | Falta de atividades motoras (caligrafia, alfabetização) | 8,3 | 5 | Hidroginástica | 14,3 |
| 6 | Profissional específico para as atividades físicas | 8,3 | 6 | Grupo de dança alemã | 7,2 |
| 7 | Falta da Associação da Terceira Idade | 8,3 | 7 | Mais funcionários para auxiliar nos encontros | 7,1 |
| 8 | Falta do Coral da Terceira Idade | 8,3 | 8 | | |
| 9 | Falta de atividades para desenvolver a fala (fonoaudiólogos) | 8,3 | 9 | | |
| 10 | Falta de incentivos para os homens participarem | 8,3 | 10 | | |

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas, 2017.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento da população de idosos e da longevidade, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo em um nível sem precedentes, atingindo todos os países e classes sociais (TEIXEIRA, 2008). Essa constatação realizada por Teixeira evidencia uma das conquistas sociais mais importantes da sociedade: o aumento da duração da vida, com consequente envelhecimento da população.

O recorte espacial considerado neste estudo, a Microrregião Sudoeste Serrana, e, em especial, o município de Domingos Martins, apresenta a mesma tendência progressiva e certamente irreversível de aumento da população idosa que ocorre nos níveis mundial, nacional e estadual.

Neste estudo buscamos compreender como ocorreu o envelhecimento da população na Microrregião Sudoeste Serrana, composta pelos municípios de Afonso Cláudio, Brejetuba, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Marechal Floriano, Laranja da Terra e Venda Nova do Imigrante. A análise dos dados revelou que essa microrregião possui um elevado índice de envelhecimento e supera os índices estaduais e nacionais. Verificamos que, em todos os municípios pesquisados, são realizados os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, desenvolvidos pelo Serviço de Assistência Social Municipal, e constatamos que os municípios se encontram em diferentes estágios em relação às políticas públicas e investimentos para a população idosa.

O município de Venda Nova do Imigrante apresenta uma estrutura bem diversificada. O Centro de Convivência dos Idosos propicia aos seus usuários várias atividades diárias, como hidroginástica, ginástica acompanhada por um educador físico, aulas de teatro, coral, danças, jogos, artesanato, além de projetos de alfabetização. O espaço é amplo e aconchegante, e a diversidade de atividades contempla homens e mulheres de todas as idades.

No município de Afonso Cláudio, o Centro de Convivência “Fonte de Luz” oferece diversas atividades diárias, como dança, artesanato, costura, aulas de informática,

contemplando idosos de diversas faixas etárias. Destacam-se também projetos, tais como a Praça Saudável, na qual acontecem atividades monitoradas por profissionais especializados; o projeto “Vovô na Praça”, em parceria com os idosos da Sociedade Civil de Amparo à Velhice “Ninho de Amor”, que promove a realização de atividades físicas, lúdicas e de socialização; e o projeto “Vida Ativa”, que realiza atividades livres com a participação de toda a população, principalmente dos idosos.

Venda Nova do Imigrante e Afonso Cláudio foram os primeiros a elaborar políticas em 1989 e 1991, respectivamente, e a implantar projetos dirigidos à população idosa. Esses municípios estão em um estágio mais avançado que os demais em relação às políticas públicas e são exemplos para as outras localidades.

Os municípios de Conceição do Castelo e Laranja da Terra deram início às atividades com os idosos em 1987 e se encontram em fases intermediárias, de implementação de políticas e de projetos. Atualmente o município de Conceição do Castelo está em fase de construção de sua nova sede para a realização dos encontros, que atualmente ocorrem em outro local. O município de Laranja da Terra desenvolve suas atividades com o CRAS e, no mesmo local, estão localizadas a Praça Saudável, a Unidade de Saúde e o Hospital Municipal, o que facilita a locomoção dos idosos. Esse município é o único da região estudada que possui um médico geriatra, especialista na saúde do idoso, que atende na unidade de saúde e no hospital local.

Os municípios de Brejetuba e Marechal Floriano se encontram ainda em fase de adaptação em relação à política do idoso, pois esses municípios se emanciparam tardiamente, se comparados aos demais; por este motivo, o início das atividades com os idosos aconteceu recentemente, em 2004 e em 2005, respectivamente. O município de Brejetuba até o presente momento não possui um local exclusivo para a realização dos encontros com os idosos, e as atividades são realizadas no pátio da prefeitura, onde se desenvolvem danças, artesanato e palestras. Situação semelhante é apresentada pelo município de Marechal Floriano, que também não possui uma sede exclusiva para o desenvolvimento das atividades, pois o centro de convivência está em construção e as atividades são desenvolvidas em parceria com o CRAS, na sede e no interior.

Na Microrregião Sudoeste Serrana, o município de Domingos Martins foi escolhido para a realização de um estudo mais aprofundado das características demográficas, socioeconômicas do grupo idoso e dos investimentos em políticas públicas locais, que foram implementadas desde 1992. Analisando os indicadores etários, pudemos observar que o município apresenta, comparativamente ao padrão brasileiro e estadual, um percentual mais elevado de idosos. A representação do grupo de pessoas com 60 anos mais do que dobrou entre 1970 e 2010, passando de 5,48% da população em 1970 a 11,77% em 2010. Considerando o limite de 65 anos para a classe idosa, o aumento foi mais expressivo, de 155%, elevando-se de 3,33% a 8,50% no período considerado. Essa modificação decorre da ação conjugada da diminuição da fecundidade, da elevação da expectativa de vida, podendo-se também inferir o efeito da emigração de jovens para os maiores centros urbanos, o que contribuiu para o aumento da representação da faixa etária idosa.

Ao analisarmos o índice de envelhecimento, um dos indicadores apresentados neste trabalho para o município de Domingos Martins, verificamos que o indicador apresentou aumento relevante, passando de 12,70 (idosos por cem jovens) em 1970 para um valor de 53,17 (idosos por cem jovens) em 2010, considerando os idosos com 60 anos ou mais. Esse aumento no valor dos índices é resultado, além dos fatores já evocados, dos avanços ocorridos nas áreas da saúde e assistência nas últimas décadas.

A pesquisa de campo realizada visou identificar os investimentos que estão sendo realizados para a parcela da população idosa, que cresce a cada ano e necessita de constantes melhorias em serviços e programas assistenciais, e as principais necessidades desse grupo, suas opiniões, sugestões e problemas enfrentados por eles. O trabalho de campo foi realizado em dois locais: na sede, que apresenta características urbanas, e no distrito de Ponto Alto, com características rurais.

O resultado das entrevistas realizadas na sede nos mostrou que a maioria dos entrevistados apontou a necessidade de um local próprio e acessível para a realização dos encontros, como um centro de convivência para os Idosos, pois atualmente os encontros são realizados em um auditório pequeno, com capacidade para poucas pessoas, e o acesso a esse local é feito por uma escada, o que impede

a participação de muitos idosos que possuem alguma necessidade especial ou pouca mobilidade.

Em Ponto Alto, uma das principais necessidades apontadas pelos idosos entrevistados foi a falta de um local para a prática de exercícios físicos que funcionasse como um local de encontros diários para a socialização do grupo, pois os encontros nessa localidade acontecem quinzenalmente e são a única atividade de esporte e lazer desenvolvidas por eles.

A melhoria na área da saúde esteve presente em ambos os locais. Os idosos relataram desde problemas básicos, como a falta de uma rampa na Unidade de Saúde de Ponto Alto, até a dificuldade para a realização de alguns exames e a demora para conseguir os resultados. A falta de médicos, e principalmente especialistas, também preocupa os idosos, pois a maioria não possui plano de saúde e necessita do atendimento público municipal. O município não possui nenhum médico geriatra, responsável pela saúde do idoso, nem mesmo na rede particular, o que dificulta o atendimento desse grupo etário.

Muitas sugestões também foram apontadas pelos idosos: o grupo da sede sugeriu a reativação do grupo de dança e do coral e sugeriu maior diversificação nos encontros, como projetos de alfabetização, atividades motoras, palestras com temas ligados à saúde e qualidade de vida e mais opções para o público masculino. O grupo de Ponto Alto sugeriu um espaço adequado para a realização das atividades físicas em que pudessem praticar atividades diferenciadas, como a hidroginástica, sempre auxiliados por um profissional especializado para a realização dos exercícios.

Constatamos, portanto, que, dos municípios estudados, Domingos Martins não se encontra entre os mais avançados em relação às políticas públicas e aos investimentos para com a população idosa. Apesar de realizar as atividades há mais de duas décadas, contribuindo para resgatar a autoestima dos idosos e para a socialização dos participantes, há necessidade de investir mais em programas e projetos, não só para diversificar e melhorar os serviços oferecidos, como ainda para

ampliar a infraestrutura existente, visando atender um número crescente de participantes.

O estudo mostrou o importante avanço das políticas voltadas para o envelhecimento da população na Microrregião Sudoeste Serrana e no município de Domingos Martins durante as últimas décadas. Ficou também evidenciado que muitos programas e atividades são dirigidos para o segmento idoso independente. Deve-se ressaltar a necessidade de criação de asilos para abrigar a população idosa e dependente. Essa é uma demanda que certamente deverá ser contemplada pelas políticas, uma vez que a mudança dos modelos familiares, com consequente redução do número de filhos, a inserção desses em unidades econômicas não familiares, os novos modos de vida e o individualismo demandam novas modalidades de acolhimento e de cuidados para o segmento mais idoso, o que mais cresce na população.

Espera-se que este trabalho contribua para um avanço das políticas públicas locais e os apontamentos levantados sejam utilizados para auxiliar em melhorias futuras.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. **A transição demográfica e a janela de oportunidade**. São Paulo: Instituto Fernand Braudel, 2008.

_____. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, n. 40, 2014. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/440>. Acesso em 15 mar. 2017.

_____. **Envelhecimento da população mundial**: O tsunami grisalho. Ecodebate cidadania e meio ambiente. 2012. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2012/04/20/envelhecimento-da-populacao-mundial-o-tsunami-grisalho-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>. Acesso em: 13 mar. 2017.

BEAUJEU-GARNIER, J. **Geografia de População**. Tradução de Leônidas Gontijo de Carvalho. 2. ed. São Paulo: Ed. Nacional, 1980.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711 p.

BEHRING, E. R. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde**. São Paulo: Cortez, 2006.

BORBA, R. D. C. F. **Um estudo sobre a estruturação da rede de proteção social voltada à população idosa no município de Vitória**. 2011. 169 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

BOSCHETTI, I. **Assistência Social no Brasil**: um Direito entre Originalidade e Conservadorismo. Brasília: UNB, 2003.

BRASIL. **Constituição [da] República Federativa do Brasil (1988)**. São Paulo: Saraiva, 1988.

_____. **Estatuto do idoso**: Lei Federal n.º 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

_____. **Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 19. Brasília, 2006.

_____. **Orientações técnicas para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2012. Disponível em: <https://craspsicologia.files.wordpress.com/2013/09/orientacoes-tecnicas-do-scfv-para-pessoas-idosas.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

_____. **Política Nacional de Assistência Social** – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

CASTIGLIONI, A. H.; FELIPE, C. U. **Projeções populacionais para o Espírito Santo: 2015-2030**. 2013 – Plano de desenvolvimento: Espírito Santo 2030.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

_____. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

_____. **Mulher Idosa: suporte familiar ou agente de mudança?** Estudos avançados. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9944/11516>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 25-74.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA. 2004.

CARVALHO, J. A. M. de; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, maio/jun. 2003. p. 725-733.

CASTEL. R. **As metamorfoses na Questão Social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes. 1998.

CASTIGLIONI, A. H. A revolução grisalha. **Revista Fluminense de Geografia 4**, Revista Eletrônica da associação dos geógrafos Brasileiros – AGB, ano 2, jul./dez. 2006.

_____. Inter-relações entre os processos de transição demográfica, de envelhecimento populacional e de transição epidemiológica no Brasil. **Congresso de la Asociación Latinoamericana de Población**, Montevideo, 23 a 26 de outubro de 2012. 30 p.

_____. Migração: abordagens teóricas. In: ARAGÓN, L. E. **Migração Internacional na Pan-Amazônia**. v. 1. Belém: NAEA/UFGA, 2009. p. 39-57. Disponível em: <<http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/ciencias%20naturales/mab/Migracao-Inter.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

CORRÊA, R. L. **Região e Organização Espacial**. 7. ed. São Paulo: Editora Ática, 2003. Série Princípios.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
 _____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2009. 175 p.

GOLDSTEIN, L. L.; NERI, A. L. Tudo bem, graças a Deus: religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 2000. 285 p.

GOLDANI, A. M. Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60 – Os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 75-114.

GUIMARÃES, F. **Divisão Regional do Brasil**. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do IBGE, 1942.

IAMAMOTO, M. V. **A Questão Social no Capitalismo**. In: **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS**, ano 2, n. 3, jan./jun. 2001.

IJSN – INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Indicadores de Desenvolvimento do Espírito Santo – INDES**. Disponível em: <<http://www.ijsn.es.gov.br/artigos/4722-sintese-dos-indicadores-sociais-do-espírito-santo-pnad-2015>>. Acesso em: 27 maio 2017.

_____. **Síntese dos indicadores sociais do Espírito Santo, PNAD 2014**. Vitória, ES, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/Ludmila/Downloads/Sintese_de_Indicadores_Sociais_PNAD_2014.pdf. Acesso em: 13 mar. 2017.

_____. IJSN Núcleo do Observatório das Metrópoles CNPq/INCT. **O estado do Espírito Santo no Censo 2010**. LIRA, P.; CAVATTI, C. 2010. Disponível em: <http://docplayer.com.br/17999467-O-estado-do-espírito-santo-no-censo-2010.html>. Acesso em 13 mar. 2017.

JACQUARD, A. **A explosão Demográfica**. Tradução de Paulo Herculano Marques Gouveis. São Paulo: Ática, 1998.

JUSTO, J. S.; ROZENDO, A. da S. Sentidos e espaços da velhice na legislação brasileira. In: TRENCH, B.; ROSA, T. E. da C. (Org.). **Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa**. São Paulo, Instituto de saúde, 2011.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cad. Saúde Pública**, v. 3, n. 3, Rio de Janeiro, jul./set. 1987.

MEDICI, A. C.; BELTRÃO, K. I. Transição demográfica no Brasil: uma agenda para pesquisa. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 12, p. 199-211, jun./dez. 1995.

MOREIRA, M. de M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de estudos populacionais**, v. 1, n. 15, Brasília, 1998.

_____. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: WONG, L. L. R. (Org.). **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade**: subsídios para políticas orientadas ao de análise. Campinas: NEPO/UNICAMP, 1996.

_____. Envelhecimento da população brasileira e migrações. **Políticas Públicas e Sociedade**, ano 3, n. 5, Fortaleza, jan./jun. 2003. p. 7 -17. Disponível em: <<http://seer.uece.br/?journal=politicaspublicasesociedade&page=article&op=view&path%5B%5D=230&path%5B%5D=355>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

MUNIZ, J. O. **Um ensaio sobre as causas e características da migração**. 2002. Disponível em: http://www.ssc.wisc.edu/~jmuniz/ensaio_migracao.pdf. Acesso em: 13 mar. 2017.

NADALIN, S. O. **História e demografia**: elementos para um. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais-ABEP, 2003. 248 p.

NERI, A. L. Feminização da velhice. In: NADALIN, S. **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo/Edições SESC, 2007. p. 47-64.

NETTO, A. J. Universidade aberta para a maturidade: avaliação crítica de uma avançada proposta educacional e social. In: KACHAR, V. (Org.) **Longevidade**: um novo desafio para a educação. São Paulo: Cortez, 2000, p. 45-61.

OMRAN, A. R. *The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change*. **The Milbank Quarterly**, v. 4, n. 83, 2005. p. 731-757. doi: 10.1111 / j.1468-0009.2005.00398.x. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

OTTONI, M. A. M. **A trajetória das políticas públicas de amparo ao idoso no Brasil**. 2012. 95 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social, Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. 2012.

PATARRA, N. L.; FERREIRA, C. E. C. **Repensando a transição demográfica**: formulações, críticas e perspectivas de análises. Campinas: NEPO/UNICAMP, 1996.

PEREIRA, P. A. P. **Política social**: temas & questões. São Paulo: Cortez, 2008.

PRATA, P. R. *The Epidemiologic Transition in Brazil*. **Cad. Saúde Públ.**, v. 2, n. 8. Rio de Janeiro, abr./jun. 1992. p. 168-175.

ROSANVALLON, P. **A nova questão social**. Brasília: Inst. Teotônio Vilela, 1998.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da Velhice. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 4, Porto Alegre, 2002. p. 7-19. Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

SALGADO, M. A. Os grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos. Políticas públicas para a habitação do idoso. **A Terceira Idade**, v. 39, São Paulo, 2007.

SILVA, A. A. **A gestão da seguridade social brasileira**. São Paulo: Cortez, 2004.

SOARES, N.; POLTRONIERI, C. de F.; COSTA, J. S. Repercussões do envelhecimento populacional para as políticas sociais. **Argumentum**, v. 6, n. 1, Vitória, jan./jun. 2014. p. 133-152.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e Trabalho no tempo do capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São PAULO: Cortez, 2008.

TREWARTHA, G. T. **Geografia da população**: padrão mundial. São Paulo: Atlas, 1974.

UNITED Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). **World Population Prospects: The 2015 Revision, custom data acquired via** Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>. Acesso em: 13 mar. 2017.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. Transição demográfica e epidemiológica. In: **Epidemiologia**/Editor Roberto A. Medronho et al. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi, 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. Disponível em: <https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

ZELINSKY, W. **Introdução à geografia da população**. Rio de Janeiro: Zahas editores, 1969, 195 p.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SITES CONSULTADOS

Atlas do Desenvolvimento Humano-

<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Assembleia Legislativa do Espírito Santo-

http://www.al.es.gov.br/antigo_portal_ales/images/leis/html/LO9768.html. Acesso em: 13 mar. 2017.

IBGE- cidades@

<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/3201902>. Acesso em: 13 mar. 2017.

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=320520&idtema=118&search=espírito-santo%7Cvila-velha%7C%C3%8Dndice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm->. Acesso em: 13 mar. 2017.

IBGE

<http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 mar. 2017.

<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/espiritosanto/domingosmartins.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Ministério do Desenvolvimento Social-

<http://www.mds.gov.br/suas/conheca/conheca01.asp>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Hospital e Maternidade de Domingos Martins-

<http://hmag.org.br/website/site/Index.aspx> . Acesso em: 13 mar. 2017.

Prefeitura Municipal de Domingos Martins-

<http://www.domingosmartins.es.gov.br/>. Acesso em: 13 mar. 2017.

<http://www.domingosmartins.es.gov.br/conheca-domingos-martins/historia/imigracao?view=faq&catid=32>.

Acesso em: 13 mar. 2017.

Prefeitura Municipal de Venda Nova do Imigrante-

<http://vendanova.es.gov.br/website/site/Secretarias.aspx?id=4>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Prefeitura Municipal de Brejetuba-

http://www.brejetuba.es.gov.br/secretaria_exibe.asp?id=23. Acesso em: 13 mar. 2017.

<http://www.brejetuba.es.gov.br/intranet/documentos/informativo1.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Prefeitura Municipal de Laranja da Terra-

<http://www.laranjadaterra.es.gov.br/secretaria.aspx?id=19>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Prefeitura Municipal de Marechal Floriano-

<http://www.marechalfloriano.es.gov.br/assistencia-social/35/programa-de-atencao-ao-idoso>. V. Acesso em: 13 mar. 2017.

Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo-

<http://www.legislacaocompilada.com.br/conceicaodocastelo/Arquivo/Documents/legislacao/html/L11152006.html>. Acesso em: 13 mar. 2017.

<http://www.conceicaodocastelo.es.gov.br/default.asp>. Acesso em: 13 mar. 2017.

<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=320170&search=espírito-santo|conceicao-do-castelo|infograficos:-historico>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Prefeitura Municipal de Afonso Cláudio-

<http://www.afonsoclaudio.es.gov.br/site/index.php/prefeitura/secretaria-de-acao-social>. Acesso em: 13 mar. 2017.

<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=320010&search=espírito-santo|afonso-claudio|infograficos:-historico>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Relatório das Nações Unidas-

<http://www.unric.org/pt/actualidade/31160-relatorio-das-nacoes-unidas-estimaque-a-populacao-mundial-alcance-os-96-mil-milhoes-em-2050->. Acesso em: 13 mar. 2017.

Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoas Idosas-

<https://craspsicologia.files.wordpress.com/2013/09/orientacoes-tecnicas-do-scfv-para-pessoas-idosas.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A –**Questionário aplicado aos responsáveis pelos grupos de idosos no município**

Responsável pelos grupos dos idosos: _____

Quando teve início os encontros da terceira idade? _____

Quando são realizados os encontros (dia e horário)? _____

Atualmente quantos grupos estão vinculados à sede do município? _____

Número de idosos cadastrados (que frequentam regularmente): _____

Quais atividades são realizadas e com qual frequência?

Existe algum equipamento público de esporte e lazer como as academias populares para a realização de exercícios?

Existe no município uma legislação específica para o idoso?

O número de idosos vem-se acentuando com o passar dos anos no município. O que você observa que tem sido feito em relação às políticas públicas para os idosos e quais os investimentos realizados para essa parcela da população no município?

No posto de saúde: Existe algum geriatra, fisioterapeuta ou outro profissional da área da saúde responsável pelo atendimento especializado dos idosos?

O local é adaptado para atender às necessidades dos idosos (rampa de acesso, banheiros com barras, calçadas adaptadas, etc.)?

No hospital: Existe algum geriatra, fisioterapeuta ou outro profissional da área da saúde responsável pelo atendimento especializado dos idosos?

O local é adaptado para atender às necessidades dos idosos (rampa de acesso, banheiros com barras, calçadas adaptadas, etc.)?

No Centro de Referência da Assistência Social (CRAS):

O local é adaptado para atender às necessidades dos idosos (rampa de acesso, banheiros com barras, calçadas adaptadas, etc.)?

APÊNDICE B –**Ficha de entrevista dos idosos de Domingos Martins (sede) e Ponto Alto****Nome do entrevistado:** _____**I-DADOS PESSOAIS:****1-Idade:** _____**2- Sexo:** () Feminino () Masculino**3- Estado civil:**

- () Solteiro
() Casado
() União estável
() Divorciado/separado
() Viúvo
() Outro

4- Grau de instrução:

- () Analfabeto
() Curso primário incompleto
() Curso primário completo
() Primeiro grau completo
() Segundo grau completo
() Curso superior completo

5- É aposentado? () Sim () Não**II- ESTADO DE SAÚDE****6-Tem alguma(s) doença(s)?**

- () Sim. Quais? _____
() Não

7- Toma algum medicamento?

- () Sim. Qual (Quais)? _____
() Não

8- Realiza algum tipo de tratamento na unidade de saúde do município?

- () Sim. Qual (Quais)? _____
() Não

9- Recebe algum medicamento gratuito na unidade de saúde?

- () Sim. Qual (Quais)? _____
() Não

10- Possui plano de saúde privado?

- () Sim . Qual? _____
() Não

III. FAMÍLIA E RENDA

11- Quantas pessoas moram na sua residência? _____

12- Composição da família:

- ☐ Vive com o cônjuge
- ☐ Vive com o cônjuge e filhos
- ☐ Vive com filhos
- ☐ Vive com outros membros da família
- ☐ Vive com amigos
- ☐ Vive sozinho(a)
- ☐ Outra.

Qual? _____

13- Possui alguma renda?

- ☐ Sim. Qual a fonte da renda? _____
- ☐ Não

14- Trabalha ainda?

- ☐ Sim. Qual é o trabalho _____
- ☐ Não

15- Qual a atividade que realizava antes da aposentadoria?

16- Contribui para as despesas da casa? ☐ Sim ☐ Não

17- Existe na sua residência algum idoso acamado ou com a mobilidade reduzida?

- ☐ Sim. Quem? _____
- ☐ Não

IV- ATIVIDADES VOLTADAS PARA O ATENDIMENTO DO IDOSO

18- Quais as atividades de esporte e lazer oferecidas para os idosos do seu bairro? _____

19- Você participa com frequência dos encontros da “Terceira Idade”? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, o que mais gosta de fazer durante os encontros? _____

20. Como avalia as políticas públicas municipais e o “Programa de Convivência e Fortalecimento de Vínculo” que o CRAS realiza?

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

22. Quais são as maiores dificuldades enfrentadas pelos idosos de Domingos Martins?

22- Em sua opinião, o que poderia melhorar na saúde pública do seu bairro ou município em relação ao atendimento ao idoso?

23- Quais os pontos positivos dos programas voltados para o atendimento dos idosos em Domingos Martins?

24- Sugestões:

APÊNDICE C –

Tabelas com os dados populacionais de Domingos Martins

TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO DOS IDOSOS DE 60 ANOS OU MAIS E 65 ANOS OU MAIS EM DOMINGOS MARTINS (1970-2010)

| Município | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
|------------------------|------|------|------|------|-------|
| Domingos Martins (60+) | 5,48 | 6,53 | 7,39 | 9,10 | 11,77 |
| Domingos Martins (65+) | 3,33 | 3,99 | 4,53 | 6,41 | 8,50 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do IBGE, 2017.

TABELA 18 – RAZÃO DE DEPENDÊNCIA TOTAL: DOMINGOS MARTINS (1970-2010)

| | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| RDT (60 +) | 94,85 | 81,95 | 71,85 | 60,49 | 51,33 |
| RDT (65+) | 87,00 | 73,90 | 63,80 | 53,85 | 44,19 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do IBGE, 2017.

TABELA 19 – RAZÃO DE DEPENDÊNCIA DEMOGRÁFICA EM DOMINGOS MARTINS (1970-2010)

| | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| Razão de dependência de Jovens- RDJ (60+) | 84,17 | 70,07 | 59,15 | 45,89 | 33,51 |
| Razão de dependência de Jovens- RDJ (65+) | 80,78 | 66,97 | 56,38 | 43,99 | 31,93 |
| Razão de dependência de Idosos- RDI (60+) | 10,69 | 11,88 | 12,70 | 14,61 | 17,82 |
| Razão de dependência de Idosos- RDI (65+) | 6,22 | 6,93 | 7,42 | 9,86 | 12,26 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do IBGE, 2017.

TABELA 20 – ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO EM DOMINGOS MARTINS (1970-2010)

| | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Índice de Envelhecimento- IE (60+) | 12,70 | 16,96 | 21,47 | 31,83 | 53,17 |
| Índice de Envelhecimento- IE (65+) | 7,70 | 10,35 | 13,17 | 22,42 | 38,38 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do IBGE, 2017.

TABELA 21 –RAZÃO DE SEXO (TOTAL) EM DOMINGOS MARTINS (1970-2010)

| | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Razão de Sexo - RS | 102,72 | 106,91 | 107,55 | 104,26 | 102,17 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do IBGE, 2017

TABELA 22 – IDADE MEDIANA EM DOMINGOS MARTINS (1970-2010)

| | 1970 | 1980 | 1991 | 2000 | 2010 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Idade Mediana | 17,42 | 20,04 | 22,40 | 25,63 | 38,13 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do IBGE, 2017.

APÊNDICE D – Fotos dos municípios pesquisados

Figura 46 – Centro de Convivência “Fonte de Luz” – Afonso Cláudio



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 47 – CRAS de Afonso Cláudio



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 48 – Sociedade Civil de Amparo à Velhice “Ninho de Amor” – Afonso Cláudio



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 49 – Unidade de Saúde da Família “Francisco Xavier de Azeredo Filho” – Afonso Cláudio



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 50 – Hospital da Conferência São Vicente de Paulo – Afonso Cláudio



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 51 – Pátio da Secretaria de Ação Social de Brejetuba



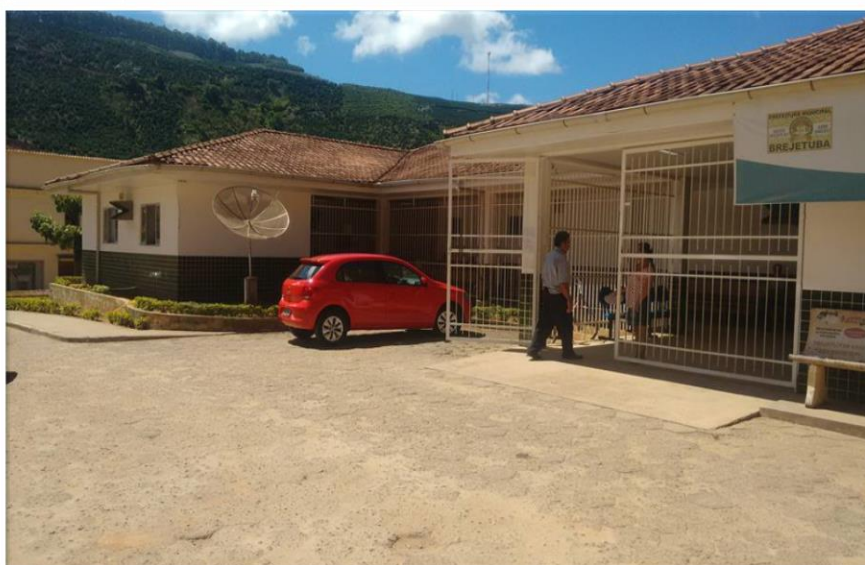
Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 52 – CRAS de Brejetuba



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 53 – Pronto Atendimento de Brejetuba



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 54 – CRAS de Conceição do Castelo



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 55 – Hospital Municipal Nossa Senhora da Penha em Conceição do Castelo



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 56 – CRAS de Laranja da Terra



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 57 – Unidade Básica de Saúde da Sede de Laranja da Terra



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 58 – Unidade Mista de Saúde de Laranja da Terra



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 59 – CRAS de Marechal Floriano



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 60 – Unidade Básica de Saúde “Doutor Cezar Vello Puppim” – Marechal Floriano



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 61 – Organização de Amparo a Idosos “Sou Feliz” – Marechal Floriano



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 62 – Organização de Amparo a Idosos “Sou Feliz” – Marechal Floriano



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 63 – Unidade de Saúde da Família – Venda Nova do Imigrante



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 64 – Hospital Padre Máximo – Venda Nova do Imigrante



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 65 – Clube de Campinho – Domingos Martins –Sede



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 66 – CRAS de Domingos Martins – Sede



Fonte: Acervo da Prefeitura Municipal de Domingos Martins, 2017.

Figura 67 – Setor de Saúde – Domingos Martins – Sede



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 68 – Setor de Saúde – Domingos Martins – Sede



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 69 – Unidade de Saúde – Domingos Martins – Sede



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 70 – Hospital em Domingos Martins – Sede



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 71 – CRAS de Ponto Alto



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

Figura 72 – Unidade Básica de Saúde da Família de Ponto Alto



Fonte: Arquivo da autora, 2017.

ANEXOS

ANEXO A –
Política Municipal do Idoso de Afonso Cláudio

LEI Nº 1691, DE 11 DE MAIO DE 2005

***DISPÕE SOBRE A POLÍTICA
MUNICIPAL DO IDOSO, CRIA O
CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO E
DÁ DUTRAS PROVIDENCIAS.***

A CÂMARA MUNICIPAL DE AFONSO CLÁUDIO, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, usando das atribuições que lhes são conferidas por Lei, tendo aprovada a LEI MUNICIPAL 1.691, de 20 de abril de 2005, resolve encaminhá-la ao Senhor Prefeito Municipal para que se cumpra.

A CÂMARA MUNICIPAL DE AFONSO CLÁUDIO

DECRETA:

**CAPÍTULO I
DA FINALIDADE**

Art. 1º Fica criado o Conselho Municipal do Idoso do Município de Afonso Cláudio, órgão permanente, deliberativo e consultivo, com a finalidade específica de coordenar a implantação da política municipal do idoso no Município de Afonso Cláudio, Estado do Espírito Santo;

Art. 2º A presente Lei, visa assegurar os direitos sociais do cidadão idoso, estabelecendo formas que promovam a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, em conformidade com os princípios estabelecidos na Lei Federal nº 8.842 de 04 de janeiro de 2004, que determina a Política Nacional do Idoso e do Decreto Lei nº 1.948 de 03 de julho de 1996, que a regulamenta.

Art. 3º Para os efeitos dessa Lei, considera-se idoso, o indivíduo, homem ou mulher, brasileiro nato ou naturalizado, sem distinção de cor, sexo, idade ou religião, que tenha atingido 60 (sessenta) anos de idade.

**CAPÍTULO II
PRINCÍPIOS VISADOS**

Art. 4º A Política Municipal de Idoso, deve reger-se pelos seguintes princípios:

I - A família, a sociedade e o Estado, têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito à vida;

II - O processo de envelhecimento diz respeito a toda a sociedade, e deve ser objeto de conhecimento e ampla informação para o público;

III - A pessoa idosa, não deve sofrer discriminação de qualquer natureza, e constitui o principal agente e destinatário das transformações efetivadas através desta política, observadas as diferenças sociais, culturais e econômicas existentes nos planos local e regional;

**CAPÍTULO III
ORGANIZAÇÃO DO CONSELHO**

Art. 5º O Conselho Municipal do Idoso, será composto por representantes de órgãos públicos e da sociedade civil que se vinculam à área de atenções à velhice, cabendo-lhes as seguintes funções:

I - Implantar a Política Municipal do Idoso no Município, observando as proposições e eventuais alterações de política nacional e estadual específicas, que atendam às transformações que ocasionem mudanças na sua aplicação;

II - Avaliar e elaborar propostas que possibilitem aperfeiçoar a legislação pertinente à Política Municipal do Idoso, nos tópicos da Lei Orgânica do Município, através de emendas que a atualizem;

III - Assessorar e apoiar instituições públicas ou privadas, que promovam eventos educativos, informativos e de lazer voltados para o público idoso, na conformidade desta lei:

IV - Colaborar para a melhor integração dos órgãos instituições públicas ou privadas no âmbito local, em todas as ações que sejam voltadas para a terceira idade:

V - Assessorar o Governo Municipal ou entidades patrocinadoras, quando solicitado, na obtenção e destinação de recursos técnicos ou financeiros a programas relacionados à conscientização sobre o envelhecimento e qualidade de vida do indivíduo idoso.

Art. 6º O Conselho Municipal do Idoso será composto por:

I - Representantes do Poder Público Municipal compreendido por um representante da Secretaria Municipal de Ação Social, um representante da Secretaria Municipal da Saúde, um representante da Secretaria Municipal de Educação e Cultura e um representante da Secretaria Municipal de Agricultura, um representante da Secretaria Municipal de Finanças e um representante da Procuradoria Municipal. (Redação dada pela Lei nº 1796/2008)

I - Deverá compor também o Conselho Municipal do Idoso, um representante da Câmara Municipal, cabendo ao mesmo promover relevantes serviços de ordem legislativa, promovendo o enfocamento dos princípios para planejar e legislar, em favor dos idosos na forma preconizada nas disposições do artigo 30 e 182 da Constituição Federal;

II - Deverá compor também, o conselho municipal, um representante do Ministério público, com a finalidade específica de impedir as práticas de violência, maus tratos, extorsões, inclusive por membros da própria família.

Art. 7º Além dos representantes do Poder Público, deverão compor também o Conselho Municipal do Idoso, os representantes da Sociedade Civil do Município tais como:

I - Um representante do Asilo Municipal Ninho do Amor, um representante do Centro de Convivência Municipal, um representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, representante de Entidades Hospitalares, representante de lideranças comunitárias e representantes de entidades filantrópicas, e, ainda, um representante da Associação Médica interessada no campo Geriatria Gerontológico existente no Município.

Art. 8º A presidência do Conselho Municipal do Idoso caberá alternadamente a representantes dos setores público e privado.

Art. 9º Os membros do Conselho Municipal do Idoso devem contar com suplentes igualmente designados pelos órgãos públicos e entidades da sociedade civil que os indicarem, sendo as nomeações efetivadas pelo Prefeito Municipal.

§ 1º O mandato dos Conselheiros e respectivos suplentes, será de dois anos, admitindo-se sua recondução, por igual período;

§ 2º A função dos integrantes do conselho, será exercida gratuitamente, e considerada como serviço público relevante;

§ 3º Os integrantes do C.M.I. Funcionários Públicos Municipais, Estaduais, e Federais, não receberão qualquer abono ou gratificação pela participação no órgão.

Art. 10 Imediatamente após sua posse, os membros do Conselho Municipal do Idoso (C.M.I.). devem escolher o presidente do grupo de trabalho, um vice-presidente e dos secretários, estabelecendo a rotina de suas atividades, com reuniões mensais ordinárias.

Parágrafo Único. Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias convocadas pelo Presidente do Conselho, ou, pelo menos por 2/3 (dois terços) do grupo titular, especialmente para exame, debates e decisões em torno de assuntos relevantes, pertinentes à atividade do colegiado.

Art. 11 O Conselho Municipal do Idoso, poderá manifestar-se publicamente, sobre assuntos de sua órbita de ação, de acordo com decisão da maioria de seus integrantes.

Art. 12 Mediante articulação com organismos e instituições da comunidade, o Conselho Municipal do Idoso deve organizar um calendário anual de atividades significativas para sua linha de trabalho e objetivos estabelecidos.

Parágrafo Único. A promoção de eventos e campanhas pode ser efetivada com apoio e a parceria de entidades gerontológicas nacionais ou internacionais.

CAPÍTULO IV DIRETRIZES DA POLÍTICA MUNICIPAL DO IDOSO

Art. 13 Caberá ao Conselho Municipal do Idoso, na comunidade, executar as determinações e propostas da Política Municipal do Idoso, através das seguintes medidas:

I - Examinar e viabilizar alternativas de participação, ocupação e convivência do idoso para integrá-lo a outras gerações;

II - Promover a participação do idoso, através das organizações e entidades que o representem, colaborando na formulação, aplicação e avaliação das políticas, planos, projetos e programas a serem desenvolvidos e que lhe digam respeito;

III - Estimular a convivência e atendimento do cidadão idoso, por suas próprias famílias, evitando sua colocação em asilos, salvo quando não tenha condições que garantam sua sobrevivência;

IV - Atuar na capacitação, formação e reciclagem de recursos humanos nas áreas de Gerontologia Social e de Geriatria visando a minoria das ações de entidades a serviço do setor;

V - colaborar na divulgação dos programas, serviços e atividades do interesse do cidadão idoso, através dos meios de comunicação (rádio, televisão e jornais).

Art. 14 Considerar, na implantação da Política Municipal do Idoso, as características e diversidades da população idosa, adequando as ações às peculiaridades dos grupos identificados.

NA ÁREA DA PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL:

a) Estimular o funcionamento de serviços e ações que atendam às necessidades básicas do idoso, com a participação de suas famílias e das entidades governamentais e não governamentais;

b) Identificar processos alternativos de atenção ao idoso desabrigado e sem parentes, que lhe proporcionem cobertura quanto a alojamento, alimentação e saúde;

c) Animar a abertura e o funcionamento de centros de convivência social, centros de cuidados de diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho e atendimentos domiciliares;

d) Promover cursos, seminários e encontros, que ajudem a esclarecer, orientar e formar pessoal capacitado a trabalhar com o indivíduo idoso, em serviços, obras, igrejas, sindicatos, sociedades de bairros e outros setores interessados na questão;

e) Estimular a preparação de cuidadores de idosos, para atender particularmente em domicílio, onde familiares não estejam aptos ou tenham de se ausentar por motivo de trabalho;

f) Planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos de situação, pesquisas e publicações sobre a situação do idoso na comunidade, estimulando parcerias que permitam concretizar essas medidas.

NA ÁREA DA SAÚDE

- a) Garantir assistência à pessoa idosa, através de campanhas de promoção, proteção e recuperação do bem-estar físico e mental, em trabalho articulado com setores locais vinculados ao Sistema Único de Saúde - SUS;
- b) Adotar e aplicar em nível local, normas do Ministério da Saúde, concernentes ao funcionamento de asilos e instituições similares, inclusive hospitais que oferecem serviços geriátricos, fiscalizando a humanização de atendimento e combatendo a existência de abrigos clandestinos;
- c) Estimular o treinamento de pessoal técnico e a integração de equipes multiprofissionais gerontológicas, e a cooperação ampla dos órgãos de saúde locais, Estaduais e Federais;
- d) Atuar junto aos órgãos da administração, para que concursos públicos sejam abertos aos profissionais do campo gerontológico, especialmente em serviços dedicados ao idoso;
- e) Colaborar na realização de estudos que permitam detectar o caráter epidemiológico de doenças peculiares ao idoso, visando as ações preventivas, tratamento e reabilitação;
- f) Descentralizar o sistema de cuidados ao idoso, dotando postos (ou centros) de saúde da periferia de profissionais aptos aos cuidados primários e encaminhamentos necessários para os serviços prestados nos locais capacitados.

NA ÁREA DA EDUCAÇÃO

- a) Proporcionar à criança, através da Rede Municipal de Ensino, informações sobre o envelhecimento, estimulando consideração e respeito ao idoso, com reflexos na atitude da família e influencia em sua formação por toda a vida; até a velhice;
- b) Criar, em horários e locais adequados, classes especiais para a alfabetização e novas aprendizagens do idoso, em esquema que reforce a auto-estima e preserve sua autonomia e dignidade;
- c) Apoiar a criação e funcionamento de programas de educação a distância, faculdades ou universidades abertas à terceira idade, animando formas de novos conhecimentos, atualização e reprofissionalização.

NA ÁREA DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

- a) Estimular o funcionamento de mecanismos que impeçam a discriminação e desvalorização do idoso, e sua participação na mercado de trabalho, adaptando o trabalho ao indivíduo (Recomendação 162 da Organização Internacional do Trabalho);
- b) Apoiar programas de reincisão da pessoa idosa à vida econômica da comunidade, com apoio das universidades, centros de treinamento comunitário e aproveitamento de seus talentos, habilidades e experiência;
- c) Orientar a formação de grupos de trabalho e informação para projetos capazes de obter financiamento do Programa de Geração de Emprego e Renda (PROGER), do Ministério do Trabalho, que possibilitem atividades rentáveis do idoso e seus familiares dentro do próprio lar.

NA ÁREA DE HABITAÇÃO, URBANISMO E TRANSPORTE

- a) Estimular processos de orientação e aconselhamento visando a permanência do idoso em família evitando seu isolamento e medo de viver;
- b) Incluir nos programas de assistência do idoso, a melhoria das suas condições habitacionais e adaptações da moradia, considerando seu estado físico e capacidade de locomoção;
- c) Promover o funcionamento, através de órgãos competentes da administração e cooperação da comunidade, de estudos que proporcionem bem-estar e segurança à habitação da pessoa idosa;
- d) Buscar alternativas habitacionais adequadas, facilitando a convivência e sociabilidade, estimulando pessoas mais velhas e sozinhas a viverem juntas compartilhando espaços, trabalhos domésticos e despesas;
- e) Criar um serviço, coordenados por voluntários, aproximando pessoas do sexo feminino para organização de casas-lares que aproveitem cômodos disponíveis em residências, ajudando a solucionar o alojamento de viúvas e solteiras idosas;

f) O Destinar nos programas habitacionais do Município, unidades especialmente projetadas, no regime de comodato, que garantam o acesso da pessoa idosa a habitação popular, utilizando sistema de funcionamento acordado pelo Governo Federal junto à rede bancária, oficial e privada;

g) Estimular, através da legislação vigente, a redução de taxas, emolumentos e custas cartoriais relativos à morada do idoso com renda mensal comprovada, até três salários mínimos;

h) Estabelecer normas para que construções e sedes de serviços públicos eliminem as barreiras arquitetônicas, que dificultem o acesso mobilidade e circulação do indivíduo idoso;

i) Organizar a infra-estrutura urbana e equipamentos de uso comum, para atender adequadamente às condições físicas e livre movimentação da população mais velha, com segurança nas vias públicas e no trânsito, e sinalização bem visível e localizada;

j) Coibir o desrespeito ao idoso na utilização dos transportes coletivos urbanos, penalizando as empresas concessionárias por riscos à integridade física dos passageiros em caso de excesso de velocidade, descaso na subida e descida de veículos, e recusa a parada para apanhá-la em ponto do percurso.

NA ÁREA DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

a) Promover e defender os direitos da pessoa idosa, proporcionando-lhe atendimento e serviços da melhor qualidade, através dos órgãos de Justiça e da Segurança Pública;

b) Divulgar informações que esclareçam e orientem o cidadão idoso, seus familiares, a comunidade e instituições sobre a legislação que garante direitos da cidadania, e proteção aos integrantes da terceira idade;

c) Promover entendimentos entre o Conselho Municipal do Idoso e os órgãos do Poder Judiciário (Ministério Público), para examinar e acompanhar as denúncias de maus tratos, violências e agressões contra gente mais velha, mobilizando também o dispositivo policial da cidade, quando necessário;

d) Ampliar as possibilidades de assistência e orientação sobre os direitos do cidadão idoso, buscando o apoio da seção local da O.A.B - Ordem dos Advogados do Brasil - e de associações de advogados e profissionais voluntários motivados para essa causa.

NA ÁREA DE CULTURA, ESPORTE E LAZER

a) Incentivar o idoso e os movimentos que o congregam, a desenvolverem atividades culturais, produzindo, pesquisando, elaborando e usufruindo dos bens e recursos culturais existentes, ou que venham a ser criados na comunidade;

b) Estimular e valorizar o registro da memória local e regional, assim como estimulando a transmissão de informações, habilidades e experiências a crianças e jovens, em favor do entendimento entre as gerações, e a garantia da cultura e das tradições;

c) Incentivar e criar programas de lazer, esportes e atividades físicas, que condicionem melhor qualidade de vida e hábitos que estimulem a participação comunitária, animando outros cidadãos veteranos para práticas sadias e agradáveis;

d) Garantir o acesso gratuito do idoso às promoções e espetáculos culturais, esportivos e educativos, patrocinados com recursos públicos, e procurar obter entrada franca ou preços reduzidos, quando a promoção for de entidades não governamentais e as atividades animarem o lazer e desenvolvimento pessoal.

CAPÍTULO V FUNDO MUNICIPAL DE APOIO À POLÍTICA DO IDOSO

Art. 15 Para a aplicação dos objetivos da Política Municipal do Idoso coordenado pelo Conselho Municipal do Idoso, fica instituído o Fundo Municipal de Apoio à Política do Idoso (FUMAPI), órgão da Administração Municipal responsável pela gestão dos recursos destinados à cobertura de planos, programas, projetos e promoções específicos deste setor.

§ 1º Cabe à Secretaria Municipal (da Ação Social ou da Saúde), gerir o Fundo Municipal de Apoio à Política do Idoso (FUMAPI), sob a orientação e controle do Conselho Municipal do Idoso:

§ 2º O Orçamento do Fundo Municipal de Apoio a Política do Idoso integrará o orçamento da Secretaria Municipal de Ação Social/Saúde e etc.

Art. 16 Constituirão receitas do Fundo:

I - Recursos provenientes de Órgãos da União ou do Estado, vinculados à Política Nacional do Idoso;

II - Transferências do município:

III - Receitas resultantes de doações da iniciativa privada, pessoas físicas ou jurídicas;

IV - Rendimentos eventuais, inclusive de aplicações financeiras dos recursos disponíveis;

V - Transferências do exterior;

VI - Dotações orçamentárias da União e dos Estados conseguidos especialmente para o atendimento desta Lei:

VII - Receitas de acordos e convênios;

VIII - Outras receitas;

CAPÍTULO VI DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 17 As entidades representantes da Sociedade Civil, no prazo de 30 dias a contar da data da publicação desta Lei, indicarão à Secretaria Municipal de Ação Social ou de Saúde, os nomes dos membros escolhidos para integrarem o Conselho Municipal do Idoso.

Art. 18 O Poder Executivo Municipal tomará as providências necessárias, no prazo de 45 dias a contar da publicação desta Lei, para instalação efetiva e funcionamento do Conselho Municipal do Idoso, nomeando seus integrantes.

Art. 19 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Plenário Monsenhor Paulo de Tarso Rautenstrauch
Afonso Cláudio/ES, 20 de abril de 2005

ALTAMIRO THADEU FRONTINO SOBREIRO
Presidente

O Prefeito Municipal de Afonso Cláudio, Estado do Espírito Santo.
Faz saber que a Câmara Municipal de Afonso Cláudio aprovou e Eu sanciono a presente Lei.

Prefeitura Municipal de Afonso Cláudio-ES, em 11 de maio de 2005.

EDÉLIO FRANCISCO GUEDES
PREFEITO MUNICIPAL

ANEXO B –
Criação da Associação de Idosos do Centro de Convivência “Força e Luz de
Afonso Cláudio”

LEI Nº 1292, DE 03 DE DEZEMBRO DE 1992

CONSIDERA DE UTILIDADE PÚBLICA A
ASSOCIAÇÃO DE IDOSOS DO CENTRO
DE CONVIVÊNCIA “FORÇA E LUZ”.

A CÂMARA MUNICIPAL DE AFONSO CLÁUDIO, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei, tendo aprovado a Lei Municipal nº 1291 de 30 de novembro de 1992, resolve encaminhá-la ao Sr. Prefeito Municipal para que se cumpra.

A CÂMARA MUNICIPAL DE AFONSO CLÁUDIO,

DECRETA:

Art. 1º Fica considerada de utilidade pública a ASSOCIAÇÃO DE IDOSOS DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA “FORÇA E LUZ”, de Afonso Cláudio.

Art. 2º Com o disposto no artigo anterior, fica a referida Associação isenta do pagamento dos impostos e taxas incidentes sobre a mesma, a contar da data da publicação desta Lei.

Art. 3º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala de Sessões da Câmara Municipal
Afonso Cláudio, em 30 de novembro de 1992.

EDÉLIO FRANCISCO GUEDES
Presidente da Câmara

O Prefeito Municipal de Afonso Cláudio, Estado do Espírito Santo.
Faço saber que a Câmara Municipal decretou e eu sanciono a presente lei.

Registre-se, publica-se e faça-se cumprir.

Prefeitura Municipal de Afonso Cláudio, em 03 de dezembro de 1992.

Methódio José da Rocha
Prefeito Municipal

Selada e publicada nesta secretaria em 03 de dezembro de 1992.

Assessor Legislativo

ANEXO C –
Criação do Conselho Municipal do Idoso de Brejetuba
LEI Nº 333, DE 20 DE ABRIL DE 2007

DISPÕE SOBRE A POLÍTICA MUNICIPAL DO IDOSO; CRIA O "CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DO IDOSO" - COMDID, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PREFEITO MUNICIPAL DE BREJETUBA, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, SR. OLANDINO BELISÁRIO CÔCO, no uso de suas atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ele promulga a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA POLÍTICA MUNICIPAL DO IDOSO

Art. 1º A política municipal do idoso tem por objetivo assegurar os direitos Sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Art. 2º Considera-se idoso, para Efeito desta Lei, a pessoa maior de 60 (sessenta) anos de idade.

Art. 3º A Política Municipal do Idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I - A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política; e,

V - As diferenças econômicas, sociais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano deverão ser observadas pelo poder público e pela sociedade em geral.

CAPÍTULO II
DO CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO

Seção I
DA CRIAÇÃO

Art. 4º Fica criado o "Conselho Municipal de Defesa do Idoso - COMDID"

Seção II
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º O "Conselho Municipal de Defesa do Idoso - COMDID", órgão de caráter permanente, deliberativo e consultivo, funcionará junto a Secretaria Municipal de Assistência Social e terá as seguintes atribuições:

I - Defender e promover os direitos dos idosos na área do Município;

II - Estudar uma política de direito e defesa, no âmbito municipal, objetivando prestigiar e valorizar o idoso, em estrita observância ao disposto na legislação federal e estadual vigente;

III - Opinar sobre os critérios de atendimento aos idosos, prestados pelas instituições assistenciais, quanto à utilização de recursos financeiros;

IV - Estimular estudos, debates, pesquisas, programas educativos e campanhas de conscientização, voltados para a valorização do idoso;

V - Organizar e estimular a mobilização de comunidades de idosos;

VI - Promover o desenvolvimento de projetos que objetivem a participação dos idosos nos diversos setores de atividade social;

VII - Conhecer, discutir, propor e encaminhar qualquer outro assunto ou problema pertinente aos idosos no Município;

VIII - Elaborar o seu Regimento Interno.

Seção III DA COMPOSIÇÃO DO CONSELHO

Art. 6º O Conselho Municipal de Defesa do Idoso - COMDID, contará com 10 (dez) membros, sendo 05 (cinco) integrantes do Poder Público e 05 (cinco) integrantes da sociedade civil, a saber:

I - Do Poder Público:

- a) 01 (um) da Secretaria Municipal de Assistência Social.
- b) 01 (um) da Secretaria Municipal de Saúde.
- c) 01 (um) da Secretaria Municipal de Educação ou da Secretaria Municipal de Turismo, Cultura e Esportes;
- d) 01 (um) da Secretaria Municipal de Administração e Finanças ou da Secretaria Municipal de Obras;
- e) 01 (um) da Procuradoria Municipal.

II - Da Sociedade Civil:

- a) 01 (um) representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
- b) 02 (dois) representantes de grupos organizados de terceira idade ou na falta deste, dois representantes do Conselho Tutelar;
- c) 02 (dois) cidadãos do Município.

§ 1º O Chefe do Poder Executivo designará os integrantes do colegiado a que alude o "caput" deste artigo.

§ 2º Os representantes do Poder Público serão indicados pelo Prefeito, nas pessoas dos Secretários, Assessores e/ou Diretores, ou servidores das respectivas áreas, por eles indicados, com poder de decisão.

§ 3º Somente será admitida a participação no "Conselho Municipal de Defesa do Idoso - COMDID" de entidades juridicamente constituídas e em regular funcionamento.

§ 4º Cada entidade representada no "Conselho Municipal de Defesa do Idoso - COMDID" terá outro membro suplente, oriunda da mesma categoria representativa.

§ 5º O cidadão benemérito será escolhido dentre aqueles que se distinguiram no trabalho em favor dos idosos.

§ 6º Os membros do Conselho não serão remunerados, sendo o seu trabalho considerado como serviço público relevante.

Art. 7º O mandato dos dirigentes das entidades integrantes do Conselho deverá ser de 02 (dois) anos, sendo permitida a recondução.

Art. 8º O Conselho terá uma Diretoria Executiva, dirigida por um Presidente, que será nomeado dentre seus membros pelo Chefe do Executivo, após consulta ao colegiado.

Art. 9º O Presidente do Conselho deterá o voto de qualidade.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10. O Conselho Municipal de Defesa do Idoso deverá criar e instalar uma Comissão Permanente destinada ao recebimento de reclamações e promoção de inspeções relativas à situação dos idosos e ao tratamento a eles dispensado por quaisquer pessoas ou entidades com o respectivo encaminhamento das soluções.

Art. 11. Outras normas de organização do Conselho poderão ser definidas por ato próprio do Poder Executivo.

Art. 12. A primeira designação dos membros do Conselho dar-se-á dentro do prazo de 90 (noventa) dias, contados da publicação desta lei.

Art. 13. Fica instituído o dia 27 de setembro como o "Dia Municipal do Idoso".

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14. As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão à conta de verbas próprias do orçamento vigente, suplementadas se necessário.

Art. 15. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

Registre-se, Publique-se, Cumpra-se.

Brejetuba/ES, 20 de Abril de 2007.

**ITAMIR DE SOUZA CHARPINEL
PREFEITO MUNICIPAL EM EXERCÍCIO**

Publicado no Quadro de Avisos (mural) da Prefeitura Municipal de Brejetuba, em 20 de Abril de 2007.

**RIBAMAR ARÊAS
CHEFE DE GABINETE**

ANEXO D –

Criação do Conselho Municipal do Idoso de Conceição do Castelo

LEI Nº 1115, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2006

DISPÕE SOBRE A POLÍTICA MUNICIPAL DO IDOSO; CRIA O "CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO" - COMIDI, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

O PREFEITO MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ele promulga a seguinte lei:

CAPÍTULO I DA POLÍTICA MUNICIPAL DO IDOSO

Art. 1º A política municipal do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Art. 2º Considera-se idoso, para efeito desta Lei, a pessoa maior de 60 (sessenta) anos de idade.

Art. 3º A Política Municipal do Idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I - A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser de objeto de conhecimento e informação para todos;

III - O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetuadas através desta política; e.

V - As diferenças econômicas, sociais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano deverão ser observadas pelo poder público e pela sociedade em Geral.

CAPÍTULO II DO CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO

SEÇÃO I DA CRIAÇÃO

Art. 4º Fica criado o "Conselho Municipal do Idoso - COMID".

SEÇÃO II DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º O "Conselho Municipal do Idoso - COMID", órgão de caráter permanente, deliberativo e consultivo, funcionará junto a Secretaria Municipal de Assistência Social e terá as seguintes atribuições:

I - Defender e promover os direitos dos idosos na área do Município;

II - Estudar uma política de direito e defesa, no âmbito municipal, objetivando prestigiar e valorizar o idoso, em estrita observância ao disposto na legislação federal e estadual vigente;

III - Opinar sobre os critérios de atendimento aos idosos, prestados pelas instituições assistenciais, quanto à utilização de recursos financeiros;

IV - Estimular estudos, debates, pesquisas, programas educativos e campanhas de conscientização, voltados para a valorização do idoso;

V - Organizar e estimular a mobilização de comunidades de idosos;

VI - Promover o desenvolvimento de projetos que objetivem a participação dos idosos nos diversos setores de atividade social;

VII - Conhecer, discutir, propor e encaminhar qualquer outro assunto ou problema pertinente aos idosos no Município;

VIII - Elaborar o seu Regimento Interno.

SEÇÃO III DA COMPOSIÇÃO DO CONSELHO

Art. 6º O Conselho Municipal do Idoso - COMID, contará com 10 (dez) membros, sendo 05 (cinco) integrantes do Poder Público e 05 (cinco) oriundos da sociedade civil, a saber:

I - Do Poder Público:

- a) 01 (um) da Secretaria Municipal de Assistência Social.
- b) 01 (um) da Secretaria Municipal de Saúde.
- c) 01 (um) da Secretaria Municipal de Educação, Cultura ou Esportes e Turismo;
- d) 01 (um) da Secretaria Municipal de Planejamento ou de Obras;
- e) 01 (um) da Assessoria Jurídica.

II - Da Sociedade Civil:

- a) 02 (dois) representantes de entidades ou associações que se dediquem a trabalhos com idosos;
- b) 01 (um) representante de grupos organizados de terceira idade;
- c) 01 (um) cidadão benemérito do Município.

§ 1º Ao do Chefe do Poder Executivo designará os integrantes do colegiado a que alude o "caput" deste artigo.

§ 2º Os representantes do Poder Público serão indicados pelo Prefeito, nas pessoas dos Secretários, Assessores e/ou Diretores, ou servidores das respectivas áreas, por eles indicados, com poder de decisão.

§ 3º Somente será admitida a participação no "Conselho Municipal do Idoso - COMI D" de entidades juridicamente constituídas e em regular funcionamento.

§ 4º Cada entidade representada no "Conselho Municipal do Idoso - COMI D" terá outra entidade suplente, oriunda da mesma categoria representativa.

§ 5º O cidadão benemérito será escolhido dentre aqueles que se distinguiram no trabalho em favor dos idosos.

§ 6º Os membros do Conselho não serão remunerados, sendo o seu trabalho considerado como serviço público relevante.

Art. 7º O mandato das entidades integrantes do Conselho será de 02 (dois) anos, sendo permitida a recondução.

Art. 8º O Conselho terá uma Diretoria Executiva, dirigida por um Presidente, que será nomeado dentre seus membros pelo Chefe do Executivo, após consulta ao colegiado.

Art. 9º O Presidente do Conselho deterá o voto de qualidade.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10. O Conselho Municipal do Idoso deverá criar e instalar uma Comissão Permanente destinada ao recebimento de reclamações e promoção de inspeções relativas à situação dos idosos e ao tratamento a eles dispensado por quaisquer pessoas ou entidades com o respectivo encaminhamento das soluções.

Art. 11. Outras normas de organização do Conselho poderão ser definidas por ato próprio do Poder Executivo.

Art. 12. A primeira designação dos membros do Conselho dar-se-á dentro do prazo de 90 (noventa) dias, contados da publicação desta lei.

Art. 13. Fica instituído o dia 27 de setembro como o "Dia Municipal do Idoso".

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14. As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão à conta de verbas próprias do orçamento vigente, suplementadas se necessário.

Art. 15. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 17. Revogam-se as disposições em contrário.
Conceição do Castelo - ES, 19 de dezembro de 2006.

**FRANCISCO SAULO BELISÁRIO
PREFEITO MUNICIPAL**

ANEXO E –
Criação do Conselho Municipal do Idoso de Domingos Martins
LEI Nº 1.880, DE 26 DE ABRIL DE 2007

AUTORIZA O PODER EXECUTIVO MUNICIPAL A CRIAR O CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE DOMINGOS MARTINS, E DISPÕE SOBRE A POLÍTICA MUNICIPAL DO IDOSO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PREFEITO MUNICIPAL DE DOMINGOS MARTINS, Estado do Espírito Santo
faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DA CRIAÇÃO DO CONSELHO

Art. 1º Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a criar o Conselho Municipal do Idoso, que funcionará com as seguintes normas e disposições abaixo especificadas.

CAPÍTULO II

Art. 2º A Política Nacional do Idoso, tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Art. 3º Considera-se o Idoso, para todos os efeitos desta Lei a pessoa de sessenta anos de idade.

CAPÍTULO III

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES

SEÇÃO I

DOS PRINCÍPIOS

Art. 4º A Política Municipal do Idoso, reger-se-á pelos seguintes princípios:

I – A Família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na sociedade, defendendo sua dignidade, bem estar e direito à vida;

II – Processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III – O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV – O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V – As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições do meio rural e o urbano do Brasil, deverão ser observados pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

SEÇÃO II

DAS DIRETRIZES

Art. 5º Constituem diretrizes da Política Municipal do Idoso:

I – Viabilização de forma alternativa de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionarem sua integração às demais gerações;

II – Participação do Idoso, através de organizações representativas, na formulação, implantação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos desenvolvidos;

III – Priorização do atendimento ao idoso, através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, a execução dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

IV – Descentralização político-administrativas;

V – Capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

VI – Implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programa em cada nível do governo;

VII – Estabelecimento de mecanismos que favorecem a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos Biopsicosociais do Envelhecimento;

VIII – Priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem famílias;

IX – Apoio a estudo e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

PARÁGRAFO ÚNICO É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou enfermagem em instituições de caráter social.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor após decorridos dois dias da data de sua publicação.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se.

Domingos Martins, 26 de abril de 2007.

WANZETE KRÜGER
Prefeito

ANEXO F –**Lei sobre a Prioridade no Atendimento ao Idoso em Domingos Martins****LEI Nº 2.193, DE 02 DE SETEMBRO DE 2009*****DISPÕE SOBRE A PRIORIDADE NO
ATENDIMENTO DE PESSOAS IDOSAS.***

O PREFEITO MUNICIPAL DE DOMINGOS MARTINS, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ele sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º Fica assegurado no Município de Domingos Martins, atendimento prioritário a pessoas idosas, em hospital público, postos de saúde e demais unidades médicas, ressalvados os casos de emergências comprovadas.

PARÁGRAFO ÚNICO. Entende-se por pessoa idosa aquela que comprovar sessenta ou mais anos de idade.

Art. 2º Os estabelecimentos cotados no “caput”, do artigo 1.º deverão afixar, em local visível, placas indicativas, de orientação ao público em geral.

Art. 3º O descumprimento da presente Lei acarretará ao agente responsável as sanções administrativas previstas na Lei Federal n.º 10.743/2003.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Domingos Martins, 2 de setembro de 2009.

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se.

WANZETE KRÜGER
Prefeito

ANEXO G –**Lei de Criação do Distrito de Ponto Alto em Domingos Martins****LEI MUNICIPAL Nº
2.524/2013****DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO DISTRITO DE PONTO
ALTO, NO MUNICÍPIO DE DOMINGOS MARTINS.**

O Prefeito Municipal de Domingos Martins, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ele sanciona a seguinte lei:

Art. 1º A criação do Distrito de Ponto Alto, no município de Domingos Martins, Estado do Espírito Santo, a partir do desmembramento do Distrito de Paraju localizado no mesmo município.

§1º A denominação dada ao distrito criado por esta Lei é Distrito de Ponto Alto.

§2º A sede do distrito ficará na Vila de Ponto Alto.

Art. 2º O Distrito de Ponto Alto, a partir desta Lei, abrange as localidades de Ponto Alto, Areinha, Alto Areinha, Tijuco Preto, Alto Tijuco Preto, Barra de Tijuco Preto, Bringer e Goiabeiras, conforme mapa em anexo.

Art. 3º O Distrito de Paraju, com o desmembramento, permanece com as áreas das localidades de Paraju, Alto Paraju, Fazenda do Café, Schreder, Nova Almeida, Rapadura, Ribeirão Capixaba, Granja Walkiria e Perobas.

Art. 4º A princípio, os limites e confrontações do distrito criado por esta Lei são as seguintes:

I – ao norte: município de Santa Maria de Jetibá, estado do Espírito Santo;

II – ao sul: a divisa interdistrital do novo Distrito de Ponto Alto com o que permanece ao Distrito de Paraju;

III – a leste: Distrito de Melgaço, no município de Domingos Martins, estado do Espírito Santo;

IV – a oeste: Distrito de Aracê, no município de Domingos Martins, estado do Espírito Santo.

Art. 5º A linha demarcatória dos limites do Distrito de Ponto Alto será oportunamente determinada pelo Legislativo Municipal e pelo Serviço Geográfico do Estado do Espírito Santo.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor a partir da sua publicação e ficam revogadas todas as disposições contrárias

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se.

Domingos Martins – ES, 05 de julho de 2013.

**LUIZ CARLOS PREZOTI
ROCHA
Prefeito**

ANEXO H –

Criação do Conselho Municipal do Idoso de Laranja da Terra

LEI Nº 590, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2010

CRIA O CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

O Prefeito Municipal de Laranja da Terra, Estado do Espírito Santo. Faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Artigo 1º Fica criado o Conselho Municipal do Idoso – CMI -, como órgão deliberativo, consultivo e controlador das ações, em todos os níveis, dirigidas à proteção e à defesa dos direitos do idoso.

Parágrafo Único - O Conselho Municipal do Idoso – CMI-, como órgão pertencente à estrutura organizacional do Poder Executivo, fica vinculado à Secretaria Municipal de Ação Social, responsável pela coordenação e articulação da política municipal do idoso.

Artigo 2º Compete ao Conselho Municipal do Idoso:

- I – Elaborar e aprovar seu regimento interno;
- II – Formular, acompanhar e fiscalizar a política do idoso, a partir de estudos e pesquisas;
- III – Participar da elaboração do diagnóstico social do Município e aprovar o Plano Integrado Municipal do Idoso, garantindo o atendimento integral ao idoso;
- IV – Aprovar programas e projetos de acordo com a Política do Idoso em articulação com os Planos Setoriais;
- V – Orientar, fiscalizar e avaliar a aplicação dos recursos orçamentários do “Fundo Municipal de Assistência Social”, conforme prevê o Artigo 8º, V da Lei Federal nº 8.842/94;
- VI – Zelar pela efetiva descentralização político-administrativa e pela co-participação de organizações representativas dos idosos na formulação de Políticas, Planos, Programas e Projetos de Atendimento ao Idoso;
- VII – Atuar na definição de alternativas de atenção à saúde do idoso nas redes pública e privada conveniada de serviços ambulatoriais e hospitalares com atendimento integral;
- VIII – Acompanhar, controlar e avaliar a execução de convênios e contratos das Entidades Públicas com Entidades Privadas Filantrópicas, onde forem aplicados recursos públicos governamentais do Município, Estado e União;
- IX – Propor medidas que assegurem o exercício dos direitos do Idoso;
- X – Propor aos órgãos da administração pública municipal a inclusão de recursos financeiros na proposta orçamentária destinada a execução da Política do Idoso;
- XI – Acompanhar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros nas diversas áreas, destinados à execução da Política Municipal do Idoso;
- XII – Oportunizar processos de conscientização da sociedade em geral, com vistas à valorização do Idoso;
- XIII – Articular a integração de organizações governamentais e não-governamentais que atua na área do idoso.

Artigo 3º O Conselho Municipal do Idoso – CMI-, é composto de 08 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, os quais apresentam paritariamente instituições governamentais e não governamentais, sendo:

- I – Um representante da Secretaria Municipal da Assistência Social;
- II – Um representante da Secretaria Municipal da Saúde;
- III – Um representante da Secretaria Municipal da Educação;
- IV – Um representante da Secretaria Municipal de Turismo, Cultura, Biblioteca e Esporte;
- VI – Quatro representantes dos Órgãos não governamentais, sendo um idoso indicado por entidades do meio rural, um idoso indicado por entidades do meio urbano, um idoso indicado dentre entidades ou grupos de idosos e um representante de entidade religiosa.

Artigo 4º Os representantes das Organizações Governamentais serão indicados, na condição de titular e suplente, pelos seus Órgãos de origem.

Artigo 5º Os conselheiros titulares e respectivos suplentes, indicados pelos órgãos governamentais e não governamentais serão designados por ato do Prefeito Municipal, cabendo-lhe também, por ato próprio, destituí-lo, sempre que fatos relevantes de violação legal ocorrer a juízo do Plenário do Conselho.

Artigo 6º A função de conselheiro do CMI, que não será remunerada, tem caráter relevante e o seu exercício é considerado prioritário, justificando as ausências a quaisquer outros serviços, quando determinadas pelo comparecimento às suas Assembléias, reuniões ou outras participações de interesse do Conselho.

Artigo 7º O mandato dos Conselheiros do CMI é de 02 (dois) anos, facultada a recondução ou reeleição.

§ 1º Conselheiro representante de órgão governamental poderá ser substituído a qualquer tempo, por nova indicação do representado.

§ 2º Nas ausências ou impedimentos dos conselheiros titulares assumirão os seus respectivos suplentes.

Artigo 8º Perderá o mandato e vedada a recondução para o mesmo mandato o conselheiro que, no exercício da titularidade faltar a 03 (três) Assembléias Ordinárias consecutivas ou 06 (seis) alternadas, salvo justificativa aprovada em Assembléia Geral.

§ 1º Na perda do mandato de conselheiro titular, de órgão governamental assumirá o seu suplente, ou quem for indicado pelo órgão representado para substituí-lo.

§ 2º Na perda de mandato de conselheiro titular, de órgão não governamental, assumirá o respectivo suplente e, na falta deste, caberá a entidade que os indicou informar o nome do conselheiro titular e respectivo suplente.

Artigo 9º O Conselho Municipal do Idoso terá a seguinte estrutura:

- I – Assembléia Geral;
- II – Diretoria;
- III – Comissões;
- IV – Secretaria Executiva.

§ 1º À Assembléia Geral, Órgão soberano do CMI, compete deliberar e exercer o controle da Política Municipal do Idoso.

§ 2º A Diretoria é composta de Presidente, Vice-Presidente, que serão escolhidos dentre os seus membros, em quorum de 2/3 (dois terços) dos membros titulares do Conselho, para cumprirem mandato de 02 (dois) anos, permitida uma recondução, competindo-lhe representar o Conselho, dar andamento às decisões plenárias e praticar atos de gestão.

§ 3º Às Comissões, criadas pelo CMI, atendendo às peculiaridades locais e as áreas de interfaces da Política do Idoso, compete realizar estudos e produzir indicativos para apreciação da Assembléia Geral.

§ 4º À Secretaria Executiva, composta por profissionais técnicos cedidos pelos órgãos governamentais, compete assegurar suporte técnico e administrativo das ações do Conselho.

§ 5º A representação do conselho será efetivada por seu Presidente em todos os atos inerentes ao seu exercício ou por conselheiros designados pelo Presidente para tal fim.

Artigo 10 À Secretaria a qual se vincula o CMI compete coordenar e executar a Política do Idoso, elaborando diagnósticos e o Plano Integrado Municipal do Idoso em parceria com o Conselho.

Artigo 11 As Organizações de Assistência Social responsáveis por execução de programas de atendimento aos idosos devem submeter os mesmos a apreciação do Conselho Municipal do Idoso.

Artigo 12 Cumpre ao Poder Executivo providenciar a alocação de recursos humanos, materiais e financeiros necessários à criação, instalação e funcionamento do CMI e da Secretaria Executiva.

Artigo 13 Para atendimento das despesas de instalação e manutenção do CMI fica o Chefe do Poder Executivo autorizado a abrir crédito especial até o limite de R\$ 30.000,00 (Trinta mil reais), podendo, para tanto, movimentar recursos dentro do orçamento, no presente exercício.

Artigo 14 As despesas para a manutenção e desenvolvimento das atividades do CMI, constarão da LDO e Orçamento Municipal, através de: Projeto/Atividade – Manutenção e Desenvolvimento das Ações do CMI.

Artigo 15 O Conselho Municipal do Idoso terá 60 (sessenta) dias para elaborar e colocar em discussão e aprovação pela Assembléia Geral o regimento interno que regulará o seu funcionamento.

§ 1º O regimento interno, aprovado pelo CMI, será homologado por Decreto do Prefeito Municipal.

§ 2º Qualquer alteração posterior ao regimento interno dependerá da deliberação de 2/3 (dois terços) dos Conselheiros do CMI.

Artigo 16 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 17 Revogam-se as disposições em contrário.

REGISTRE-SE. PUBLIQUE-SE. CUMPRA-SE.

Gabinete do Prefeito de Laranja da Terra, 16 de Dezembro de 2010.

JOADIR LOURENÇO MARQUES
Prefeito Municipal

ANEXO I –

Criação do Conselho Municipal do Idoso de Marechal Floriano

Prefeitura Municipal de Marechal Floriano

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

LEI MUNICIPAL Nº 1.262, DE 19 DE JUNHO DE 2013.

DISPÕE SOBRE O “CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO”.

O PREFEITO MUNICIPAL DE MARECHAL FLORIANO, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, no uso de suas atribuições legais, Faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ele sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º. O Conselho Municipal do Idoso passa a ser regido pela presente lei

Capítulo I

Da Finalidade

Art. 2º. O Conselho Municipal do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Parágrafo único. Considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 (sessenta) anos de idade.

Capítulo II

Das Atribuições

Art. 3º. Incumbe ao Conselho Municipal do Idoso, as seguintes atribuições:

- I- Garantir ao idoso do Município de Marechal Floriano o direito ao exercício da cidadania, a participação na sociedade, à dignidade, o bem estar e o direito a vida;
- II- Integrar o idoso as demais gerações e a sociedade em geral através de formas alternativas de participação, ocupação e convívio;
- III- Organizar campanhas de conscientização ou programas educativos para a sociedade em geral, tendo em vista o envelhecimento sadio;
- IV- Ser órgão interlocutor entre os Poderes Públicos e a população idosa, emitindo pareceres, apresentando projetos e acompanhando a elaboração dos programas a serem desenvolvidos, nas questões relativas aos idosos;
- V- Promover debates, estudos e pesquisas relativas à problemática dos idosos;
- VI- Fiscalizar e tomar providências para o cumprimento da legislação aplicável aos direitos do idoso;
- VII- Estudar os problemas, receber sugestões da sociedade e atuar sobre as denúncias que lhe sejam encaminhadas;
- VIII- Desenvolver projetos que promovam a participação do idoso em todos os níveis de atividades compatíveis com a sua condição;
- IX- Estimular e assessorar os grupos da terceira idade, comunidades e entidades que estejam ligadas ao idoso diretamente;
- X- Definir e aprovar a Política Municipal do Idoso;
- XI- Elaborar seu Regimento Interno.

Capítulo III

Da Organização e Gestão

Art. 4º. O Conselho Municipal do Idoso é um órgão permanente, paritário e deliberativo vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos e será composto de 12 (doze) membros titulares sendo 06 (seis) representantes da sociedade civil e 06 (seis) representantes do poder público nomeado pelo prefeito.

I - Os representantes do Poder Público serão indicados pelos Secretários ou equivalentes, sendo:

- a)- Dois da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos.
- b)- Um da Secretaria Municipal de Controle Interno.
- c)- Um da Secretaria Municipal de Saúde.
- d)- Um da Secretaria Municipal de Educação.
- e)- Um da Câmara Municipal de Vereadores.

II- Os representantes dos segmentos sociais e profissionais da sociedade civil serão indicados pelas entidades jurídicas constituídas e em regular funcionamento, ligados às seguintes áreas de atuações.

- a) Dois representantes de Grupos da terceira idade.
- b) Dois representante Credo Religioso.
- c) Um representante de entidades que presta serviço ao Idoso.
- d) Um representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Domingos Martins e Marechal Floriano.

Parágrafo único - O Conselho contará com um suplente para cada segmento nele representado, devendo ser indicando conjuntamente com o titular.

Art. 5º. Os Conselheiros de que trata o inciso um do artigo 4º desta lei, poderão ser substituídos por servidores de outros órgãos públicos, a fim de manter o critério de paridade.

Art. 6º. A substituição os membros do conselho será da forma estabelecida no Regimento Interno.

Art. 7º. As funções dos membros do conselho não serão remuneradas sendo consideradas como serviço público relevante.

Parágrafo único. Ao final de cada mandato deverá ser fornecido aos Conselheiros e seus respectivos suplentes Certificado de Participação e Colaboração, sendo que, só farão jus aqueles que comparecerem em mais de 50% (cinquenta por cento) das reuniões ordinárias realizadas.

Art.8º. O mandato dos membros do Conselho serão de 2 (dois) anos, permitida a recondução.

Parágrafo único. Na renovação do Conselho Municipal do Idoso, será observado o critério de permanência de 1/3 (um terço) dos membros, a ser definido no Regimento Interno.

Art. 9º. O presidente, o Vice-Presidente e o Secretário do Conselho Municipal do Idoso serão escolhidos pelos Conselheiros na primeira reunião ordinária do mandato.

Art. 10. A Secretária Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos dotará o Conselho Municipal do Idoso dos recursos materiais e humanos necessários ao seu funcionamento.

Art. 11. O Conselho Municipal do Idoso juntamente com as Secretarias Municipais e Sociedade Civil de acordo com a Política Nacional do Idoso definirão os programas e atividades que serão incluídos na previsão orçamentária do município.

Capítulo IV Da Organização e Gerais

Art. 12. As decisões do Conselho Municipal do Idoso serão ser definidas por resolução e homologas pelo Prefeito Municipal se necessário.

Art. 13. As despesas decorrentes da presente lei correrão por conta das dotações próprias do orçamento, que serão suplementadas se necessárias.

Art. 14. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se.

Marechal Floriano, ES, 19 de junho de 2013

ANTÔNIO LIDINEY GOBBI
Prefeito Municipal

ANEXO J – Regimento Interno do Centro de Convivência do Idoso de Venda Nova do Imigrante-ES

TÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Artigo 1º - O Centro de Convivência do Idoso – CCI é um equipamento público pertencente a Secretaria Municipal de Assistência Social, e que está classificado dentro do Sistema Único de Assistência Social – SUAS como Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV da Proteção Social Básica.

Artigo 2º – O CCI possui articulação com o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), de modo a promover o atendimento das famílias dos usuários destes serviços, garantindo a matricialidade sociofamiliar da política de assistência social.

Artigo 3º - O CCI foi inaugurado no dia 21 de setembro de 2006, mas o grupo de terceira idade já funcionava em outros espaços cedidos desde 1989.

Artigo 4º - O CCI tem por finalidade o atendimento a idosos, que de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei Nº 10.741 de 1/10/2003), são pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais, residentes no município de Venda Nova do Imigrante/ES, visando a prevenção de situações de vulnerabilidade social e proteção dos mesmos.

Parágrafo Único – Devem ser atendidos preferencialmente idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada - BPC, idosos de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, e/ou idosos com vivências de isolamento por não ter acesso a serviços e oportunidades de convívio familiar e comunitário e cujas necessidades, interesses e disponibilidade indiquem a inclusão no serviço.

TÍTULO II DOS OBJETIVOS

Artigo 5º - O CCI tem como objetivos:

- I** - Contribuir para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo;
- II** - Propiciar vivências que valorizam as experiências de vida e que estimulem e potencializem a condição de escolher e decidir, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e protagonismo social dos idosos;
- III** – Proporcionar momentos de socialização por meio de grupos que possam ampliar trocas culturais e de vivências;
- IV** – Trabalhar a intergeracionalidade, proporcionando momentos de encontro e troca de experiências entre as gerações;
- V** – Estimular o empoderamento, independência e elevação da auto-estima, para a reinserção e reintegração do idoso na sociedade;
- VI** – Informar os direitos dos idosos, segundo o Estatuto do Idoso e legislações pertinentes;
- VII** – Proporcionar ações que visem o fortalecimento dos vínculos familiares, a convivência comunitária e prevenção de situações de risco social;

VIII - Desenvolver ações, projetos e atividades que visem a prática da atividade física, a prática esportiva, atividades artísticas e culturais e atividades intelectuais que estimule a capacidade psíquica e mental.

Artigo 6º - Todas as ações, projetos e atividades visam a melhoria da qualidade de vida do público atendido.

TÍTULO III DA LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Artigo 7º - O Centro de Convivência do Idoso localiza-se na Rua Padre Antônio Martinez, 130, bairro São Rafael em Venda Nova do Imigrante/ES, ao lado do Centro de Eventos Padre Cleto Caliman.

Artigo 8º - O CCI está aberto de segunda a sexta-feira, de 07 (sete) horas até às 17 (dezesete) horas, com as seguintes ações, projetos e atividades:

- I** - Encontro de lazer com dança, jogos de bocha e baralho e momentos de socialização;
- II** - Projeto “Bom Dia Idoso na Ginástica” com atividade física em uma academia ao ar livre e pilates solo;
- III** - Projeto “Mãos Habilidosas” com atividades manuais e artesanato;
- IV** - Projeto “Alfabetização é um Direito” que consiste em turmas de alunos que são alfabetizados ou dão continuidade ao pouco estudo que tiveram;
- V** - Projeto “En*Cantar” que são aulas de canto coral;
- VI** - Projeto “Pintando Minha História” com aulas de pintura em tela e tecido;
- VII** – Projeto “Orientação para Vida” que consiste em um grupo de vivência coordenado por uma psicóloga;
- VIII** – Projeto “Canastra” com aulas de baralho - buraco;
- IX** – Projeto “Malhando a Cuca” com aulas de dama e dominó como estímulo da memória;
- X** – Projeto “Xeque Mate” com aulas de xadrez como estímulo da memória;
- XI** – Projeto “VemSer Voleibol” com aulas de vôlei adaptado para terceira idade;
- XII** - Grupo teatral “Fazendo Arte” com aulas de artes cênicas e ensaios de peças teatrais;
- XIII** - Grupo de Dança “Florescer” com aulas de dança coreográfica somente para mulheres;
- XIV** - Grupo de Dança “Sempre Avanti” com aulas de dança italiana e dança sênior.

Parágrafo único – Os idosos cadastrados no CCI podem participar de aulas de hidroginástica, a qual é uma parceria de uma academia no município com a Prefeitura, proporcionando um número determinado de vagas conforme demanda e disponibilidade da secretaria. Podem participar também de aulas de informática ofertadas pelo CRAS – Centro de Referência de Assistência Social do município, que proporciona um determinado número de vagas para os idosos.

Artigo 9º - É pré-requisito que o idoso faça um cadastrado com a Assistente Social para que participe de todas as ações, projetos e atividades oferecidas pelo CCI.

Artigo 10º - Todas as ações, projetos e atividades são acompanhados por um profissional da área habilitado para cada projeto responsável por lecionar, orientar e fazer o que for necessário pelo idoso que participa.

Artigo 11º – É permitido cadastrar pessoas com menos de 60 (sessenta) anos somente na condição de “acompanhante” do idoso, sendo necessário laudo médico descrevendo o problema de saúde do idoso e a necessidade deste auxílio.

Artigo 12º - É permitido cadastrar como acompanhante um parente mais próximo do idoso (filho, neto, irmão, ou outro), maior de idade, dependente, com problema de saúde físico ou mental, que mora com o idoso e não pode ficar sozinho em casa.

Artigo 13º – É permitido cadastrar como acompanhante a esposa (o) do idoso (a) que ainda não completou 60 (sessenta) anos, para que assim estimule a participação do idoso e a união do casal.

Artigo 14º – Para que o acompanhante frequente o CCI ele deve vir somente quando o idoso que acompanha estiver presente, só podendo dançar nos dias de lazer se for com o idoso que acompanha.

Artigo 15º - No momento do cadastro, é entregue ao acompanhante um documento com todos os deveres e normas que deve seguir para frequentar o CCI.

Artigo 16º - Não é permitido ao acompanhante frequentar as ações, projetos e atividades sendo estes destinados exclusivamente ao idoso.

Artigo 17º – De acordo com cronograma de eventos planejado pela coordenação, durante todo o ano são realizados eventos no CCI, a fim de proporcionar momentos de lazer, socialização, discussão de temas e outros. Os eventos são estes:

- I – Comemoração da Páscoa;
- II – Baile de Encerramento da Campanha do Agasalho;
- III – Comemoração do Dia das Mães;
- IV – JOMI – Jogos Municipais dos Idosos;
- V – Festa Junina;
- VI – Comemoração do Dia dos Pais;
- VII – Miss Terceira Idade;
- VIII – Mobilização – Caminhada e Ação Cidadã;
- VIX – Noite das Famílias;
- X – Almoço com Caldos;
- XI – Confraternização do Dia do Idoso;
- XII – Baile de Confraternização da Terceira Idade;
- XIII – Comemoração do Natal.

Artigo 18º – Durante o ano são feitas palestras para os idosos, de no máximo 40 minutos, abordando assuntos que possam trazer aprendizados para a melhoria da saúde, qualidade de vida, responsabilidade ambiental e social, informações de seus direitos e deveres, e outros.

Artigo 19º – Durante toda semana são servidos lanches para os idosos que participam das ações, projetos e atividades, sendo feito um acompanhamento nutricional e lanche separado para o grupo de diabéticos.

TÍTULO IV DO ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Artigo 20º - A intervenção social no CCI deve estar pautada nas características, interesses e demandas dessa faixa etária e considerar que a vivência em grupo, as experimentações artísticas, culturais, esportivas e de lazer e a valorização das experiências vividas constituem formas privilegiadas de expressão, interação e proteção social.

Artigo 21º - A Secretaria de Assistência Social, gestora da política municipal de assistência social, disponibiliza um profissional de Serviço Social exclusivo para esta intervenção social no CCI.

Artigo 22º - O cadastro realizado pelo Assistente Social, técnico de referência deste SCFV, é o primeiro contato com o idoso, e consta em colher informações de identificação pessoal, situação sócio-econômica e previdenciária, situação habitacional, composição familiar, situação de saúde e outros, para possíveis encaminhamentos e acompanhamento sistemático.

Artigo 23º - São atribuições do Serviço Social no CCI:

- I - Realizar visitas domiciliares;
- II - Preencher cadastro com informações que possibilitem o acompanhamento dos idosos;
- III - Identificar situações de risco e/ou vulnerabilidade social dos idosos e tomar providências cabíveis ou fazer encaminhamentos para possíveis atendimentos na rede;
- IV - Realizar atendimentos individuais de orientação e escuta ativa, de acordo com demanda;
- V - Viabilizar a participação dos idosos nas ações, projetos e atividades, de acordo com suas disponibilidades e possibilidades;
- VI - Promover ações que contribuam para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários dos idosos;
- VII - Realizar acompanhamento dos projetos, ações e atividades, identificando demandas;
- VIII - Ao final de cada ano, aplicar avaliações aos idosos de cada projeto a fim de identificar avanços, pontos positivos e negativos, sugestões de melhorias e alcance do objetivo proposto;
- IX - Fazer projetos escritos com justificativa, objetivos, metodologia, de acordo com normatizações pertinentes, de todas as atividades e ações realizadas;
- X - Fazer planejamento anual das atividades do CCI, de acordo com Plano Municipal de Assistência Social;
- XI - Garantir aos idosos o acesso aos seus direitos por meio de palestras e outras formas de informação;
- XII - Planejar reuniões de fortalecimento do grupo de voluntários do CCI;
- XIII - Fazer encaminhamento dos idosos que frequentam ações, projetos e atividades para o cadastramento Único – Cadúnico no CRAS;
- XIV - Elaborar relatórios sociais de atendimentos e visitas domiciliares, de acordo com necessidade.

TÍTULO V DA COORDENAÇÃO

Artigo 24º - Visto o grande número de idosos, a frequência dos mesmos, os dias de funcionamento do equipamento e a grande quantidade de trabalhos burocrático e administrativos, o CCI possui uma coordenação exclusiva, tendo um coordenador de nível médio, na função de Educador Social, coordenando as atividades.

Parágrafo único – Apesar de estar atrelado ao CRAS, por ser equipamento da Proteção Social Básica, o CCI proporciona Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV tendo coordenação, planejamento das atividades, monitoramento e avaliação próprios.

Artigo 25º – A coordenação do Centro de Convivência do Idoso é administrativamente vinculada a Secretaria de Assistência Social.

Artigo 26º – São atribuições da coordenação do CCI:

- I – Organizar os eventos realizados no CCI;
- II – Monitorar os projetos, ações e atividades realizados;

- III – Preencher documentações burocrático-administrativas pertinentes ao trabalho no CCI, como ofícios, termos, listas de pedidos, dentre outros;
- IV – fazer as inscrições de projetos;
- V – organizar as listas de frequência dos alunos e dos professores de cada projeto;
- VI – solucionar possíveis problemas de relacionamento interpessoal ou administrativos que venham a ocorrer no CCI;
- VII – organizar e monitorar horários de trabalho de todos os funcionários e prestadores de serviço;
- VIII – transmitir informações necessárias aos funcionários, voluntários ou idosos;
- IX – estabelecer contato com outros grupos de terceira idade;
- X – zelar pela organização física e moral do ambiente, assim como pela imagem do espaço físico do CCI;
- XI – Coordenar reuniões com o grupo de voluntários;
- XII – Estabelecer contato com outras secretarias a fim de fortalecer o trabalho intersetorial;
- XIII – Disseminar a prática do trabalho que envolve atenção, paciência e principalmente carinho com o idoso;
- XIV – Ter atitudes de acolhida para que o idoso possa retornar ao espaço;
- XV – Supervisionar e orientar o trabalho de estagiários de nível médio na área administrativa;
- XVI – Fazer o cronograma de eventos anual do CCI;
- XVII – Acompanhar o desenvolvimento geral dos projetos atendendo a demandas e necessidades dos alunos e/ou professores e instrutores;
- XVIII – Participar de reuniões mensais de coordenadores promovidas pela Secretaria de Assistência Social, ou quando for solicitado pela mesma, bem como encaminhar todo tipo de informação quando necessário;
- XIX – Contribuir com o processo de avaliação dos projetos identificando pontos fracos, fortes, oportunidades e restrições, sugerindo possíveis melhorias.

TÍTULO VI DOS PRESTADORES DE SERVIÇO

Artigo 27º – O CCI possui em seu quadro de funcionários serventes, que são responsáveis pela limpeza do espaço e preparação da alimentação dos idosos nos dias de funcionamento.

Artigo 28º – para executar e acompanhar os projetos, o CCI dispõe de 01 (uma) professora de Educação Física, 01 (uma) instrutora de dança, 02 (duas) pedagogas, 01 (uma) instrutora de pintura, 01 (um) instrutor de canto/coral, 01 (uma) instrutora de artesanato, 01 (uma) instrutora de teatro, 01 (um) instrutor de xadrez e 01 (um) estagiário.

Parágrafo único – A quantidade e especialização dos funcionários citados podem variar dependendo da demanda do local ou disponibilidade da secretaria.

TÍTULO VII DO TRABALHO VOLUNTÁRIO

Artigo 29º – O CCI conta um grupo de 24 pessoas que se dispõe a fazer trabalho voluntário no local, sendo este número estipulado e definido administrativamente, de acordo com número de idosos cadastrados.

Parágrafo único – esses voluntários se dividem em dois grupos, sendo que um grupo trabalha nos encontros de lazer às terças-feiras e outro às quintas-feiras, podendo também trabalhar em qualquer outro dia, útil ou não, de acordo com demanda do local.

Artigo 30º – O principal horário de trabalho dos voluntários é às terças-feiras e quintas-feiras, de 13 horas às 16 horas (3 horas corridas), ou de acordo com demanda do local, em qualquer outro dia ou horário.

Artigo 31º – Para fazer parte do quadro de voluntário (a) é necessário que as pessoas procurem o CCI se dispondo a realizar este trabalho, deixem o nome em uma lista de espera e aguardem o surgimento da vaga, de acordo com análise prévia da coordenação e necessidade do local.

Artigo 32º – Ao serem selecionadas, essas pessoas que se dispuseram a realizar o trabalho voluntário passam por uma entrevista com a assistente social, preenchem um cadastro, são informadas de todas as condições do trabalho e assinam o Termo de Adesão ao Serviço Voluntário do CCI.

Artigo 33º – São atribuições do trabalhador voluntário do CCI:

- I – Utilizar a camisa de uniforme sempre que estiver executando o trabalho voluntário no local;
- II – Ter responsabilidade com o horário de trabalho, sendo pontual com o horário solicitado e permanecer no local durante todo o período determinado, salve em casos justificáveis;
- III – Se o voluntário não puder comparecer no trabalho no dia de sua responsabilidade, este deve pedir outro voluntário para substituí-lo;
- IV – Recepcionar os idosos na chegada ao CCI, para reforçar o acolhimento e o sentimento de pertença;
- V – Estar disposto ao idoso para atender suas demandas, se dirigindo a ele com educação, carinho, compreensão e respeito;
- VI – Passar todas as informações necessárias aos idosos, estar atento as suas vontades e demandas, desde que estas não possam prejudicar a outros;
- VII – Estar sempre ciente que o idoso é a prioridade no CCI;
- VIII – Estar atento às pessoas que entram no CCI para orientá-las e encaminhá-las de forma solícita e receptiva de acordo com suas necessidades e com as regras do local;
- IX – Encaminhar o idoso para atendimento com assistente social, caso perceba alguma situação relatada pelo mesmo que requer orientação mais específica;
- X – Acompanhar os idosos em passeios que forem realizados pelo CCI e estar sempre atento às suas necessidades para a segurança do mesmo;
- XI – Estar presente em dias de festa, pois estes são dias em que o CCI recebe um número muito expressivo de idosos e necessitam de mais pessoas para realizar o trabalho;
- XII – Manter o respeito e o companheirismo entre os colegas para que fortaleça a união entre o grupo, sabendo que todos estão cumprindo a mesma função e têm a mesma importância dentro do grupo;
- XIII – Ter responsabilidade com os compromissos e demandas em que o local e a coordenação requerem, sabendo que o que prevalece é o bem estar dos idosos de forma coletiva e não benefícios de interesse individual;
- XIV – Seguir as orientações determinadas pela coordenação, a qual faz o planejamento e a organização de todo o trabalho durante o ano;
- XV – Devem participar de reuniões durante o ano para serem discutidas pautas referentes ao trabalho;
- XVI – Se o voluntário já for idoso e tiver interesse em participar das atividades destinadas ao idoso, ele deve vir ao CCI no dia contrário ao seu dia de trabalho e não deve estar uniformizado;
- XVII – Devem dançar com os idosos no momento do forró para estimular a participação destes no lazer, principalmente com os idosos menos ativos;
- XVIII – Observar os idosos que tem mais dificuldade e necessitam de maior atenção para estar mais próximo e atento caso ele tenha alguma demanda específica;
- XIX – Auxiliar nas atividades de acordo com demanda, nas funções de faxina, preparação de alimentos, organização e ornamentação de eventos, e outros.

Artigo 34º – São feitas reuniões com o grupo de voluntários para serem discutidos assuntos referentes a rotina de trabalho do CCI. Alguns assuntos são definidos e acordados em reunião com todos, assim como são colhidas sugestões.

Artigo 35º – Foi eleita dentre os voluntários uma “Comissão Permanente de Abordagem”, a qual tem a função de abordar pessoas com menos de 60 anos que venham ao Centro de Convivência do Idoso para informá-los sobre as regras e normas existentes neste espaço, a fim de resguardar com absoluta prioridade a participação nas atividades somente de idosos.

Artigo 36º – A Comissão Permanente de Abordagem é composta por 03 (três) voluntários nas terças-feiras e 03 (três) voluntários nas quintas-feiras.

Artigo 37º – Se por qualquer motivo um dos voluntários eleitos precisarem sair da Comissão, será eleita uma nova pessoa para preencher seu lugar.

Artigo 38º – Caso o voluntário queira se desligar do trabalho, este deve avisar com antecedência e preencher e assinar o “Termo de Desligamento” na coordenação.

Artigo 39º – Este Regimento Interno entra em vigor a partir da data de sua aprovação pelo Conselho Municipal de Assistência Social, a qual se deu no dia 12 de junho de 2015, pela resolução nº 157/2015.

Venda Nova do Imigrante/ES, 12 de junho de 2015.

Secretária Municipal de Assistência Social de Venda Nova do Imigrante/ES

ANEXO K –



Cronograma Semanal dos Projetos do Centro de Convivência do Idoso de Venda Nova – 2016



| | 2ª FEIRA |
|--|---|
| 06:30 às 07:30 horas 07:30 às 08:30 horas | - Projeto “Bom Dia Idoso na Ginástica” (Ginástica na academia ao ar livre) |
| 07:00 às 08:00 horas | - Grupo de dança “Florescer”- Dança coreográfica para mulheres |
| 08:30 às 09:30 horas 09:30 às 10:30 horas | - Projeto “Bom Dia Idoso na Ginástica” (Pilates solo) |
| 07:00 às 09:00 horas 09:00 às 11:00 horas 15:00 às 17:00 horas | - Projeto “Pintando minha História” (pintura em tela e tecido) |
| 12:30 às 15:00 horas | - Projeto “Canastra” – Baralho (Buraco) |
| 12:30 às 15:00 horas | - Projeto “Mãos Habilidadeas” (atividades manuais) |
| 13:00 às 15:00 horas | - Projeto “Alfabetização é um Direito” |
| 15:00 às 17:00 horas | - Projeto “En*Canter” (coral) |
| 16:30 às 18 :30 horas | - Grupo teatral “Fazendo Arte” - Aulas de Teatro (Casa da Cultura) |

| | 3ª FEIRA |
|--|---|
| 07:00 às 08:00 horas 08:00 às 09:00 horas | - Projeto “Bom Dia Idoso na Ginástica” (Pilates solo) |
| 09:00 às 11:00 horas | - Projeto “VemSer Voleibol” (Bananeiras) |
| 12:00 às 13:00 horas | - Projeto “Malhando a Cuca” – Dominó |
| 12:00 às 13:00 horas | - Grupo de dança “Sempre Avanti” - Dança italiana (Centro Cultural) |
| 13:00 às 16:00 horas | - Encontro de lazer |
| 14:00 às 15:30 horas | - Projeto “Bom Dia Idoso na Ginástica” (Ginástica na academia ao ar livre) |

| | 4ª FEIRA |
|--|---|
| 06:30 às 07:30 horas 07:30 às 08:30 horas | - Projeto “Bom Dia Idoso na Ginástica” (Ginástica na academia ao ar livre) |
| 08:30 às 09:30 horas 09:30 às 10:30 horas | - Projeto “Bom Dia Idoso na Ginástica” (Pilates solo) |
| 07:00 às 09:00 horas 09:00 às 11:00 horas 13:00 às 15:00 horas 15:00 às 17:00 horas | - Projeto “Pintando minha História” (pintura em tela e tecido) |
| 08:00 às 09:30 horas | -Projeto “Orientação para a Vida” – grupo com Psicóloga |
| 12:00 às 14:00 horas | - Projeto “Xequê Mate” |
| 13:00 às 15:00 horas | - Projeto “Alfabetização é um Direito” |
| 16:00 às 18:00 horas | - Grupo teatral “Fazendo Arte” - Aulas de Teatro |

| | 5ª FEIRA |
|--|--|
| 07:00 às 08:00 horas 08:00 às 09:00 horas | - Projeto “Bom Dia Idoso na Ginástica” (Pilates solo) |
| 09:00 às 11:00 horas | - Projeto “VemSer Voleibol” |

| | |
|----------------------|---|
| 13:00 às 16:00 horas | - Encontro de lazer |
| 12:00 às 13:00 horas | - Projeto “Malhando a Cuca” – Dama |
| 12:00 às 13:00 horas | - Grupo de dança “Sempre Avanti” - Dança italiana (Centro Cultural) |
| 14:00 às 15:30 horas | - Projeto “Bom Dia Idoso na Ginástica” (Ginástica na academia ao ar livre) |

| | |
|----------------------|--|
| | 6ª FEIRA |
| 13:00 às 15:00 horas | - Projeto “Alfabetização é um Direito” |